

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SANTÉ PUBLIQUE QUÉBÉCOISE, LUTTE CONTRE LE VIH ET RÉDUCTION
DES MÉFAITS : GOUVERNER PAR LA TOLÉRANCE DANS LA SOCIÉTÉ
CONTEMPORAINE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR
PAUL-ANDRÉ LÉVESQUE

SEPTEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, où j'ai poursuivi les études universitaires qui m'ont amené à la réalisation de cette thèse. Que chacune des personnes rencontrées depuis le début de ce cheminement académique soient remerciées, en particulier les professeurs-es qui, à travers leur enseignement, m'ont permis de développer la réflexion critique nécessaire à la réalisation de la présente thèse.

Cette thèse aurait difficilement été réalisable sans l'appui financier d'organismes subventionnaires. Mes remerciements vont donc aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui m'ont octroyé une bourse pour les trois premières années d'études et au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) pour une quatrième année. Je tiens également à remercier le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal qui m'a accordé un soutien financier et mis à ma disposition les ressources logistiques nécessaires à la réalisation d'une thèse.

Mes remerciements vont également à Paule Campeau qui m'a fait don d'une partie de son temps pour la révision du texte et la production finale de ce papier. Merci pour cette grande générosité.

Remerciements enfin à Paule Campeau, Danielle Doucet et Maurice Lévesque pour leur encouragement et pour avoir prêté une oreille attentive aux «difficultés» momentanées du thésard. Profonds et sincères remerciements.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

..... vii

LISTE DES TABLEAUX ix

RÉSUMÉ x

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1

SANTÉ PUBLIQUE ET LUTTE CONTRE LE VIH 10

1.1 Santé publique québécoise et régulation sociale 12

1.2 Enjeux épidémiques et dispositif de sécurité 34

1.3 Caractéristiques de l'épidémie au Québec 39

1.4 Réponse au danger d'épidémie du VIH au Québec 47

1.5 Enjeux de la prévention auprès des usagers-ères de drogues 53

1.6 Question de recherche 58

CHAPITRE 2

RÉDUCTION DES MÉFAITS :

UNE APPROCHE DE PRÉVENTION DES RISQUES INDIVIDUELS 62

2.1 Développement de la réduction des méfaits (RM) 64

2.2 Pragmatisme et individualisation de l'action 67

2.3 Humanisme et constitution des individus en sujet 79

2.4 Synthèse et liens entre les dimensions du concept de RM 92

CHAPITRE 3

BIO-POUVOIR ET RÉGULATION SOCIALE

DANS LA SOCIÉTÉ CONTEMPORAINE 95

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE 108

4.1 Discours et ordre du discours 109

4.2 Sources et collecte des documents 116

4.3 Plan d'analyse 119

4.3.1 Constitution du corpus 119

4.3.2 Description du corpus de discours analysés 124

4.3.3 Démarche d'analyse : énoncé et fonction énonciative 131

4.4 Présentation des résultats 135

CHAPITRE 5

EXPOSITION AU VIH ET

PRÉVENTION DES RISQUES INDIVIDUELS 139

5.1 La Stratégie québécoise de lutte contre le sida : un dispositif de sécurité . 142

5.2 Attribution des risques : de groupe à risque à groupe vulnérable 151

5.3 Gestion pragmatique du risque centrée sur le comportement 164

5.4 Sujet à risque et agir préventif 179

5.5 Participation volontaire : adhésion aux normes de prévention et mobilisation
..... 205

5.6 Synthèse et discussion 233

CHAPITRE 6

PRÉVENTION DU VIH AUPRÈS DES USAGERS-ÈRES

DE DROGUES ET RÉDUCTION DES MÉFAITS 239

6.1 Danger d'épidémie, PES et itinéraire du concept de RM 243

6.2 Réduction des méfaits et pragmatisme : de la tolérance zéro à la tolérance *de facto* 257

6.3 Prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues 267

6.3.1 Promotion de la santé et stratégies opérationnelles des cadres de référence
..... 2676.3.2 Priorisation des interventions régionales destinées aux usagers-ères de
drogues 278

6.3.3 Synthèse et discussion 286

6.4 Concertation et partenariat comme mécanismes de mobilisation des acteurs locaux	299
6.5 Synthèse et discussion	315
CONCLUSION	320
BIBLIOGRAPHIE	327
ANNEXE 1	
DOCUMENTS DU CORPUS DE DISCOURS	346
PALIER NATIONAL	347
PALIER RÉGIONAL	349
ANNEXE 2	
EXTRAITS DU CORPUS DE DISCOURS	353

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ADRLSSS	Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux
CHPQ	Conseil d'hygiène de la province de Québec
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie (Gouvernement du Québec)
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida du Ministère de la Santé et des Services sociaux
CRAN	Centre de recherche et d'aide aux narcomanes
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSBE	Conseil de la santé et du bien-être
DSC	Département de santé communautaire
DSP	Direction de santé publique
GEIPSI	Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes
HRSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible par le sexe et le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible par le sexe
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
PES	Programme d'échange de seringues
PNSPQ	Programme national de santé publique du Québec
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires

PROS	Plan régional d'organisation des services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être du Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSSQ	Programme de surveillance du sida au Québec
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RM	Réduction des méfaits
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec
SPH	Service provincial d'hygiène
SurvUDI	Réseau de surveillance épidémiologique des usagers-ères de drogues par injection
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI	Usager-ère de drogues par injection
USC	Unité sanitaire de comté
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Nombre total de cas déclarés de sida et proportion selon la catégorie d'exposition, par année de diagnostic, au 31 décembre 2003, Québec .	42
Tableau 2: Nombre de cas déclarés de sida et taux d'incidence par 100 000 selon la région socio-sanitaire de résidence au diagnostic de la maladie, par année de diagnostic, au 31 décembre 2003, Québec	43
Tableau 3: Nombre de cas déclarés de sida selon la région socio-sanitaire de résidence au diagnostic de la maladie et la catégorie d'exposition, au 31 décembre 2003, Québec	45
Tableau 4: Nombre total de cas déclarés de sida et proportion selon la catégorie d'exposition, par année de diagnostic, au 31 décembre 2003, région de Montréal-centre	46
Tableau 5: Corpus de discours analysés selon les phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida	125

RÉSUMÉ

L'objet de la thèse est l'analyse des logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels et la réduction des méfaits (RM) s'institutionnalisent au sein du dispositif de lutte contre le VIH et, plus largement, au sein de la santé publique. Le but est de comprendre les modes de régulation sociale qui en découlent. La question de recherche auquel elle tente de répondre est la suivante: quelles sont les logiques discursives par lesquelles la prévention des risques individuels et la RM se sont institutionnalisées au sein du dispositif de lutte contre le VIH et quel type de régulation sociale favorisent-elles?

La démarche de recherche a dans un premier temps consisté à situer la RM en relation avec les modes de régulation sociale dominants dans le secteur de la santé publique québécoise, aux enjeux épidémiques soulevés par l'apparition du VIH, à la réponse de l'État québécois en matière de lutte contre le VIH et en relation avec les enjeux spécifiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues.

Les écrits sur l'histoire de la santé publique québécoise ont permis de constater que, si les dispositifs de sécurité mis en place tendent à réguler les pratiques à risque selon une logique de prévention des risques individuels, elles font de plus en plus appel à l'autonomie des individus et à la mobilisation des acteurs locaux. Il en est ainsi de la réponse formulée par l'État québécois pour contrer le danger d'épidémie du VIH, même s'il est reconnu de la part des experts de la santé publique eux-mêmes que cette réponse doit être globale et s'attaquer aux conditions structurelles, politiques et légales nécessaires à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques, notamment chez les usagers-ères de drogues.

La perspective théorique de la thèse s'appuie sur le concept de bio-pouvoir de Michel Foucault et sur les travaux d'autres auteurs qui ont analysé la transformation des modes de régulation sociale dans les sociétés libérales contemporaines. Si un bio-pouvoir s'est constitué au XVIII^e siècle en prenant appui sur les libertés, le «nouveau» mode de régulation sociale qui émerge dans le dernier quart du XX^e siècle a quant à lui un objectif d'autonomisation des individus et de mobilisation des acteurs locaux dans la gestion des contraintes auxquels ils sont confrontés. Cette perspective théorique permet de resituer les transformations des modes de régulation sociale dans une perspective plus large des mutations du rôle de l'État.

La thèse analyse les discours officiels de la lutte contre le VIH, depuis les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (1987) jusqu'à aujourd'hui. Ceux-ci sont considérés comme des significations contraintes et contraignantes qui passent à travers les rapports sociaux. Le corpus est composé des documents officiels du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences de santé publique de la région de Montréal-centre et de quelques documents d'orientations provinciales en matière de lutte contre la toxicomanie. La démarche

d'analyse a consisté à identifier, par la description et l'analyse des jeux énonciatifs, les modes de régulation sociale qui émergent dans le dispositif de lutte contre le VIH.

Les résultats obtenus montrent que le dispositif de lutte contre le VIH se présente comme une technologie politique qui individualise les enjeux de cette lutte par l'appel, dans un premier temps, à la responsabilité individuelle et, dans un deuxième temps, à l'autonomie des individus et à la mobilisation des acteurs locaux. Dans les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, la santé publique «veille» à ce que les individus remplissent leur devoir de citoyen-ne par des actions d'éducation sanitaire axées sur la conscientisation et la persuasion. Toutefois, les cibles de son action se déplacent vers les populations dites les plus vulnérables et des mesures de promotion de la santé et de partenariats structurés visant l'«empowerment» des individus et des acteurs locaux se développent, dans un objectif de soutien de l'auto-prise en charge des risques.

Les analyses montrent que la RM ouvre un espace de tolérance *de facto* nécessaire à la régulation des paradoxes entre les logiques d'action de l'État en direction des usagers-ères de drogues (logique de santé publique axée sur l'inclusion/mobilisation et logique de sécurité publique axée sur l'exclusion/répression) et à les faire entrer dans le «droit commun». L'objectif est de les transformer en sujets de droit et de devoir pour les fabriquer comme des sujets actifs dans la prévention des risques individuels, conformément aux orientations de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. La promotion de la santé et les partenariats avec les organismes communautaires sont les mécanismes par lesquels les agences de santé publique tendent à susciter l'autonomisation des usagers-ères de drogues dans la prise en charge des risques.

Dans ces discours, les conditions qui favorisent la vulnérabilité au risque (prohibitionnisme, précarité sociale, etc.) ne sont pas visées par l'action au profit d'une logique de gestion des risques où les individus et leur dite «communauté» d'appartenance sont appelés à prendre en charge les problèmes auxquels ils sont confrontés, dont le risque d'infection par le VIH. Ainsi, nous concluons que la prévention des risques individuels et la RM se présentent comme des technologies politiques qui tendent à déresponsabiliser l'État à l'égard des risques qu'il contribue à produire par les lois prohibitionnistes et à reporter cette responsabilité sur les acteurs locaux par la mise en place de mécanismes visant leur autonomisation et leur mobilisation.

Mots-clé : autonomisation / bio-pouvoir / bio-politique / État / réduction des méfaits / régulation sociale / risque / promotion de la santé / santé publique / sécurité / VIH

INTRODUCTION

La prévention du virus d'immunodéficience humaine (VIH)¹ a constitué depuis la fin des années 1980 une priorité de santé publique. En effet, jusqu'à la deuxième moitié de cette décennie, le VIH/sida a été principalement considéré comme un problème d'ordre médical. On croyait qu'il serait possible de trouver à court terme un vaccin pour enrayer ce nouveau virus. Par la suite, les mesures prises par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la lutte contre le VIH/sida ont été des mesures spontanées (campagne ciblée, dépistage du VIH, etc.) visant à contrer la progression de l'épidémie, mais surtout à soutenir les organismes communautaires qui se sont créés à l'époque pour venir en aide aux personnes infectées, notamment l'hébergement communautaire de celles qui sont en phase terminale.

Le premier plan d'action a été rendu public par le MSSS en août 1987, dans un contexte où l'on estime qu'il existe un danger réel d'épidémie sur un long terme. Des populations (homosexuelles, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), usagers-ères de drogues par injection (UDI), etc.) ont été constituées en groupes à risque² sur la base d'une logique propre à la surveillance épidémiologique

¹ Depuis quelques années (2001), les dispositifs de lutte contre le VIH visent également à contrer un danger d'épidémie des virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) de même qu'une augmentation des maladies transmissibles par le sexe (MTS). Ainsi, l'expression *infections transmissibles par le sexe et par le sang* (ITSS) est maintenant utilisée. Toutefois, afin de tenir compte du fait que c'est suite à l'apparition du VIH qu'ils ont été développés, nous utilisons le terme VIH. Soulignons que les mesures de prévention sont sensiblement les mêmes pour toutes les infections et que celles destinées aux usagers-ères de drogues se sont mises en oeuvre dans les mêmes dispositifs.

² Les groupes à risque sont construits sur la base des catégories d'exposition, c'est-à-dire le mode d'acquisition du VIH le plus probable selon les informations fournies par le médecin (MSSS, 2004). Il s'agit d'une construction épidémiologique de la réalité qui fait l'économie des conditions (sociales, psychosociales, etc.) qui favorisent l'exposition au VIH au profit d'une nomenclature centrée sur le mode de transmission et les caractéristiques des groupes qui présentent des taux d'infection supérieurs à la moyenne. Ainsi, lorsque nous parlons de groupes (à suivre...)

et des modes de régulation sociale de leurs pratiques considérées dangereuses pour la santé publique ont été mis en place. De plus, le champ d'action de la santé publique s'est élargi à des domaines qui relevaient autrefois de la clinique. L'usage de drogues et, en particulier, l'usage de drogues par injection est devenu un objet d'intérêt et d'intervention pour les autorités de santé publique. Une des approches de prévention ciblant les usagers-ères de drogues (les UDI en particulier) est ce qu'on appelle la réduction des méfaits (RM) ou la réduction des risques.

La RM est présentée par ceux qui en font la promotion soit comme une alternative à la répression de l'usage de drogues dans un contexte de danger d'épidémie du VIH, soit comme une approche de prévention qui vise à réduire les risques de conséquences ou les méfaits liés à l'usage de drogues pour les usagers-ères de drogues qui ne peuvent ou ne veulent arrêter de consommer. Elle est dans cette perspective considérée comme une approche de prévention des risques qui consiste, en amont, à réduire les risques de conséquences négatives liés à l'usage de drogues et, en aval, à réduire les conséquences négatives comme telles.

L'objet de la thèse est l'analyse des logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels et la réduction des méfaits (RM) s'institutionnalisent au sein du dispositif de lutte contre le VIH et, plus largement, au sein de la santé publique. Le but est de comprendre les modes de régulation sociale qui en découlent.

La démarche de recherche a dans cette perspective consisté à situer la RM dans son contexte d'institutionnalisation politique et, plus précisément, en relation avec les

²(...suite)
à risque dans ce texte, c'est à ce type de construction que nous faisons référence.

modes de régulation sociale dominants dans le secteur de la santé publique³, aux enjeux épidémiques soulevés par l'apparition du VIH, à la réponse de l'État québécois en matière de lutte contre le VIH et en relation avec les enjeux spécifiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues. Cette première étape a permis de préciser notre question de recherche et de formuler la perspective théorique à partir de laquelle les discours officiels de lutte contre le VIH et de RM ont par la suite été analysés.

Le chapitre 1 présente les grandes lignes à travers lesquelles se sont transformés les modes de régulation sociale dans le secteur de la santé publique québécoise, les enjeux épidémiques liés à l'avènement du VIH, la réponse de l'État québécois pour contrer le danger d'épidémie et les enjeux spécifiques de la prévention de ce virus auprès des usagers-ères de drogues. Il situe ainsi le contexte dans lequel la RM s'institutionnalise au sein de l'État québécois et permet de formuler la question de recherche suivante : quelles sont les logiques discursives par lesquelles la prévention des risques individuels et la RM se sont institutionnalisées au sein du dispositif de lutte contre le VIH et quel type de régulation sociale favorisent-elles?

Le chapitre 2 décrit les enjeux à la base du développement de la RM et la manière dont les concepts de pragmatisme et d'humanisme sur lesquels elle repose ont été définis dans le contexte québécois. Il vise à identifier les grands enjeux à l'origine de la

³ Nous utilisons le terme de *secteur de la santé publique* pour faire référence aux agences officielles de santé publique, soit les différentes directions du système de santé publique (le MSSS, les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et les directions de santé publique (DSP)), les centres locaux de services communautaires (CLSC) offrant des services de première ligne, les partenaires communautaires financés par ces agences et les facultés de santé publique des universités. Lorsque nous utilisons le concept de *champ de la santé publique*, nous nous référons à une définition large de la santé publique, soit un champ traversé par des acteurs de plusieurs secteurs, mais dont l'objectif est l'amélioration de la santé par l'action sur les différents déterminants de la santé (biologiques, sociaux, psychosociaux, environnementaux).

reconfiguration de l'intervention auprès des usagers-ères de drogues vers le secteur de la santé publique et à analyser la manière dont ces concepts ouvrent un espace discursif à l'intérieur desquels sont problématisés les problèmes associés à l'usage de drogues et définies les actions de santé publique en la matière.

La première section de ce chapitre porte sur le contexte d'apparition de la RM, le statut accordé à cette approche de prévention de même que son importance dans la reconfiguration de l'action auprès des usagers-ères de drogues. Les deuxième et troisième sections présentent les deux prémisses (pragmatisme et humanisme) de base sur lesquelles repose l'approche de RM et analysent comment les principes qui les définissent ouvrent des univers discursifs favorisant à la fois une individualisation des enjeux de la prévention par l'exclusion des conditions structurelles qui favorisent la vulnérabilité aux risques et une re-socialisation de ceux-ci comme enjeux locaux centrés sur la prévention des risques individuels.

Le chapitre 3 présente la perspective théorique de la thèse. Celle-ci s'appuie sur le concept de bio-pouvoir de Michel Foucault et sur les travaux d'autres auteurs qui ont analysé la transformation des modes de régulation sociale dans les sociétés libérales contemporaines. Si un bio-pouvoir s'est constitué au XVIII^e siècle en prenant appui sur les libertés tout en cherchant à les encadrer, le «nouveau» mode de régulation sociale qui émerge dans le dernier quart du XX^e siècle a quant à lui un objectif d'autonomisation des individus et de mobilisation des acteurs locaux dans la gestion des contraintes (économiques, sociales, sanitaires, etc.) auxquelles ils sont confrontés. Cette perspective d'analyse permet d'interpréter les transformations des modes de régulation sociale qui se sont produites dans le secteur de la santé publique (passage de l'éducation sanitaire vers la promotion de la santé) en les recadrant dans une perspective plus large de transformations des modes de régulation sociale et de dégager un cadre interprétatif qui

tient compte des transformations de la forme et du rôle de l'État dans les sociétés libérales, particulièrement de celles qui sont réalisées depuis ce qu'il est convenu d'appeler la «crise» de l'État-providence (1975 à aujourd'hui). Elle fournit en ce sens un cadre de référence permettant une interprétation sociologique des discours officiels sur la lutte contre le VIH et la RM et offre la possibilité d'analyser les enjeux socio-politiques des modes de régulation sociale existants dans ce secteur.

La méthodologie de la recherche est présentée au chapitre 4, soit la posture que nous avons adoptée à l'égard du discours et du document, les sources et les méthodes de collecte des documents et le plan d'analyse. Ce dernier comporte une sous-section sur la constitution du corpus, une autre décrit le corpus de discours analysés et une dernière présente la démarche d'analyse proprement dite, c'est-à-dire la méthode de lecture du matériau textuel. Une dernière section décrit la manière dont les résultats obtenus sont présentés dans les chapitres 5 et 6. Soulignons ici que la thèse n'analyse que les discours institutionnels et qu'elle porte que sur la situation québécoise.

Le chapitre 5 présente le contexte spécifique dans lequel la RM s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois, soit la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. L'analyse du discours de cette stratégie montre que le dispositif de lutte contre le VIH a été conçu comme un *dispositif de sécurité* qui vise la protection de l'ordre sanitaire en ciblant les populations présentant des taux «élevés» d'infection (population comme objet) et qui fait de celles-ci des sujets actifs (population comme sujet) dans la prévention des risques individuels, perçue comme le seul moyen de lutte contre le VIH.

Plus précisément, l'analyse de ce discours a permis de voir que le contrôle du danger d'épidémie constitue la prémisse de base sur laquelle s'est édifié et développé le dispositif de lutte contre le VIH. De plus, en faisant de l'individu constitué en population

à risque la cible de la prévention, de son comportement l'objet de la prévention, du sujet à risque le lieu d'expression de l'agir préventif et de la participation «volontaire» les conditions d'adhésion aux normes de prévention des risques individuels, elle *individualise* les enjeux de la lutte contre le VIH et se présente comme une technologie politique qui fait appel, dans un premier temps (phases 1 à 3), à la *responsabilité individuelle* (adaptation au risque que représente le VIH) et, dans un deuxième temps (phases 3 à 5), à *l'autonomie des individus à travers la mobilisation⁴ des acteurs locaux⁵* (gestion locale de la vulnérabilité au risque d'infection).

Le chapitre 6 vise à identifier la place que la RM occupe à l'intérieur du dispositif de lutte contre le sida visant spécifiquement les usagers-ères de drogues. Les résultats des analyses de discours se rapportant à la prévention du VIH auprès de cette population

⁴ Tout au long de ce texte, les termes de *responsabilisation* et de *mobilisation* sont utilisés de manière distinctive. Le terme de *responsabilisation* l'est dans le sens d'une *exigence de conformité à une norme, à un rôle ou à une obligation quelconque* alors que celui de *mobilisation* l'est dans le sens d'une *exigence d'autonomie dans la réalisation d'une action* orientée vers une finalité (norme, atteinte de résultats, etc.), peu importe les moyens pris pour atteindre cette finalité. Il ne s'agit plus seulement d'exercer un contrôle des corps par l'imposition d'une norme, mais de mobiliser les désirs ou les motivations vers des objectifs de résultats (De Gaulejac, 2005).

⁵ Les principaux acteurs locaux que la santé publique tente de mobiliser dans la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues sont les usagers-ères de drogues eux-mêmes (simple usager-ère de drogues, pairs aidants, vendeur-e, gérant-e de piquerie, etc.) et les organismes communautaires qui sont censés les représenter, notamment par l'emploi d'ex-usagers-ères de drogues. Il faut donc retenir que lorsque nous parlons d'acteurs locaux, c'est principalement à ces acteurs dont nous faisons référence, même si d'autres acteurs du système public agissant au palier local (CLSC, ville de Montréal, etc.) sont parfois interpellés pour participer à des projets de prévention du VIH auprès de cette population, comme par exemple pour la vaccination contre les hépatites dans les piqueries, la récupération des seringues dans l'environnement, etc. Il faut également retenir que nous n'utilisons pas le terme *acteurs locaux* dans le sens de la sociologie des mouvements sociaux, avec sa connotation politique, mais plutôt dans le sens qu'ils sont considérés par la santé publique comme des sujets à impliquer et à mobiliser dans les activités de prévention du VIH, à qui l'on demande de prendre en charge certains problèmes sociaux et sanitaires.

cible sont présentés de même que ceux se rapportant à la RM et à la mise en oeuvre du dispositif de prévention du VIH auprès de cette population cible dans la région de Montréal-centre.

Ces analyses ont permis de constater que la RM se développe en relation avec l'idée que les usagers-ères de drogues sont considérés comme un des principaux groupes ayant des pratiques menaçantes pour l'ordre sanitaire (principal vecteur de transmission du VIH vers la population générale) d'une part et, en relation avec celle que le contrôle de l'épidémie sur un court terme passe, comme dans la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, par la prévention des risques individuels d'autre part. De plus, elles montrent que la RM s'institutionnalise à l'intérieur du dispositif de lutte contre le VIH comme un mécanisme permettant d'ouvrir l'espace de tolérance *de facto* nécessaire à l'accès aux milieux illicites sans avoir à réinterroger le prohibitionnisme. Elle permet de réguler les paradoxes existants dans le fonctionnement des agences de l'État, soit de réguler la tension existante entre la logique d'action de la santé publique centrée sur l'inclusion (tolérer pour accéder à l'espace de liberté nécessaire à la responsabilisation et à la mobilisation) et la logique d'action de la sécurité publique fonctionnant à l'exclusion (interdire et réprimer pour réguler). Elle permet ainsi de faire entrer l'usager-ère de drogues dans le «droit commun» et fournit l'espace nécessaire pour le fabriquer comme un sujet de droit et de devoir actif et mobilisé dans prévention des risques individuels, conformément à la manière dont la Stratégie québécoise de lutte contre le sida problématise la lutte contre le VIH.

La promotion de la santé et le développement de partenariats entre les agences de santé publique et les organismes communautaires sont les stratégies opérationnelles par lesquelles la santé publique tente de réguler les pratiques dangereuses de cette population spécifique. Plus précisément, par le déploiement d'interventions de promotion

de la santé (travail de proximité, «empowerment», etc.), la santé publique vise non seulement à responsabiliser les usagers-ères de drogues à l'égard des risques d'infection, mais à développer leur autonomie à travers la mobilisation des acteurs locaux. De même, les règles qui régissent les relations partenariales entre ces acteurs peuvent être considérées comme un nouveau mode de gestion étatique des problèmes sociaux et sanitaires centré sur la procuration, c'est-à-dire sur le transfert des responsabilités de la prise en charge des risques individuels par les acteurs locaux eux-mêmes, principalement les organismes communautaires et les usagers-ères de drogues.

De ces analyses, nous concluons que la prévention des risques individuels et la RM se présentent comme des technologies politiques qui tendent à déresponsabiliser l'État des risques qu'il contribue à produire par les lois prohibitionnistes et à reporter cette responsabilité sur les acteurs locaux par la mise en place de mécanismes visant leur autonomisation et leur mobilisation.

CHAPITRE 1

SANTÉ PUBLIQUE ET LUTTE CONTRE LE VIH

L'approche de RM s'est développée au Québec pour répondre aux impératifs posés par l'avènement du VIH et le danger d'épidémie que ce virus occasionne au sein de la population des usagers-ères de drogues. Afin de situer son contexte d'apparition, nous présentons dans ce chapitre les grandes lignes à travers lesquelles la santé publique s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois, les enjeux épidémiques liés à l'avènement de ce virus, la réponse apportée par l'État québécois et, enfin, les enjeux spécifiques de prévention du VIH auprès de cette population refoulée à la marge par les lois prohibitionnistes.

La première section de ce chapitre retrace les grandes lignes à travers lesquelles les modes de régulation sociale dans le secteur de la santé publique se sont transformés dans le temps. En retraçant les continuités et les inflexions qui se sont produites dans le discours, il est possible de voir que les dispositifs de santé publique, en tant que dispositif de sécurité, tendent de plus en plus à réguler les pratiques à risque selon une logique d'autonomisation des populations à risque et de mobilisation des acteurs locaux.

La deuxième section retrace les enjeux liés au danger d'épidémie causé par l'avènement du VIH et la manière dont la santé publique promeut, dans les sociétés libérales, la mise en place de dispositifs de sécurité pour contrer ce danger. En plus de décrire les enjeux soulevés par cette épidémie, nous tenterons de situer les dispositifs jugés efficaces pour enrayer la propagation de ce virus en relation avec les caractéristiques des dispositifs de sécurité qui sont apparus avec l'émergence de l'État libéral.

Les grandes étapes de la réponse de l'État québécois à l'égard de l'épidémie du VIH ainsi que l'approche de prévention promue pour répondre à ce danger sont décrites dans une troisième section. Cette section permet de retracer la manière dont l'État

québécois a réagi au danger d'épidémie du VIH et de présenter les grandes lignes à travers lesquelles la stratégie générale de lutte contre le VIH s'est développée au Québec de même que ses limites.

Nous nous attardons dans une quatrième section aux enjeux de prévention du VIH liés à l'usage de drogues. Cette section permet de situer les enjeux de la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues en relation avec les effets de la prohibition et des inégalités sociales sur la vulnérabilité aux risques et les limites rencontrées par les approches de prévention des risques individuels.

Enfin, nous présentons dans une cinquième section une synthèse des enjeux de prévention du VIH identifiés dans ces premières sections et les questions que ceux-ci soulèvent au plan de la compréhension du processus d'institutionnalisation de la RM au sein des agences de santé publique et de l'État québécois.

1.1 Santé publique québécoise et régulation sociale

Selon Fassin (1996), l'institutionnalisation politique de la santé publique remonte au Moyen Âge, même si on y retrouve déjà des traces dans l'Empire romain. Toutefois, si elle est une affaire d'État depuis longue date, c'est avec le renforcement d'institutions centralisées des États occidentaux que le phénomène d'institutionnalisation politique de la santé prend son ampleur et que la pratique de santé publique entre complètement dans la pratique du gouvernement. Dans une perspective de régulation sociale, les écrits de Foucault (2001e, 2001d, 1988) sur la naissance et le développement de la médecine à l'Âge classique permettent d'identifier la forme des modes de régulation sociale qui se mettent en place dans le secteur de la santé, principalement aux XVIII^e et XIX^e siècles.

Brièvement, les deux grands axes dans lesquels prennent forme ces transformations sont 1) le développement d'une médecine d'État, intégrée à l'appareil de l'administration publique (médico-administratif) et 2) l'élargissement, sous l'influence de la mouvance hygiéniste, du champ d'action de la médecine sur l'ensemble des sphères du corps social (médicalisation du social). Ces deux grands axes constituent deux niveaux d'analyses correspondants au bio-pouvoir⁶ chez Foucault, soit la mise en oeuvre de mécanismes de régulation sociale des populations (bio-politique) et de techniques de discipline des individus (anatomo-politique).

Les écrits sur l'histoire de la santé publique⁷ au Québec montrent que les transformations qui ont eu lieu dans les modes de régulation sociale visant la santé des populations se réalisent selon ces deux grands axes d'une part, et qu'elles suivent, dans leurs grandes lignes, les mêmes orientations que celles qui se réalisent au sein des États en général d'autre part.

Contrairement à une conception répandue selon laquelle l'État québécois aurait été, jusqu'à la révolution tranquille, quasi absent du domaine de la santé publique, Keating et Keel (1995) rapportent que le projet de réaliser une médecine d'État et de

⁶ Foucault n'utilise pas le concept de bio-pouvoir dans ses écrits sur la santé, la maladie et la médecine. Ceci est sans doute lié au fait qu'ils précèdent ceux sur le bio-pouvoir. Toutefois, les grands axes de son analyse correspondent parfaitement aux deux grandes dimensions qui caractérisent le bio-pouvoir, soit un pouvoir disciplinaire qui vise la conduite des individus et une bio-politique qui vise la régulation des populations. Le concept de bio-pouvoir est donc utilisé ici pour rendre compte des mécanismes visant à régir les individus et les populations dans le secteur de la santé publique.

⁷ Nous ne retenons ici que les écrits portant sur l'histoire de la santé publique québécoise. Pour une analyse plus extensive, il est possible de consulter l'ouvrage de Didier Fassin (1996). L'auteur retrace la généalogie de la santé publique et, plus particulièrement, la manière dont elle s'est historiquement constituée dans l'espace politique et sa contribution à la construction de cet espace.

mettre en oeuvre un programme de médicalisation de la société québécoise s'appuyant sur le caractère scientifique de la médecine est déjà en voie d'élaboration au début du XIX^e siècle chez les médecins regroupés autour du *Journal de Médecine de Québec/Quebec Medical Journal (1826-1827)*⁸. Ce journal promeut le développement d'un nouveau mode de production scientifique du savoir médical fondé sur l'observation des populations et le développement de mesures prophylactiques (connaissance des étiologies des maladies selon la doctrine des constitutions qui étudie les effets de l'environnement dans la constitution des maladies), le rapprochement des services de santé près des populations (hôpitaux pour malades, dispensaires, etc.) et le développement d'agences d'administration publique⁹ nécessaire à la réalisation de programmes de santé publique (Keel et Keating, 1995).

C'est dans la seconde moitié du XIX^e siècle que des mesures ponctuelles de santé publique vont se mettre en place (dans et par les municipalités) et c'est au tournant du XX^e siècle que des mesures permanentes de santé publique vont être adoptées. Sans entrer dans le détail des différents enjeux qui ont été à l'origine de ce début d'institutionnalisation politique de la santé publique, les historiens (Goulet *et al.*, 1996; Farley *et al.*, 1995; Pierre-Deschênes, 1995) montrent que la seconde moitié du XIX^e siècle (1860-1895) constitue une période de conquête et de légitimation du discours

⁸ Selon ces auteurs, les idéaux véhiculés par le Journal de Médecine du Québec et plus tard la Société Médicale de Québec semblent être empruntés à l'école médicale française (Cabanis) et aux doctrines allemandes. La première défend l'idée que la police médicale a comme but le développement des forces productives nécessaires au développement du capitalisme et à la concurrence entre les États. La seconde reprendrait les doctrines populationnistes (mercantilistes ou caméralistes) faisant de la croissance démographique la base de la prospérité et de la sécurité de l'État (Keating et Keel, 1995).

⁹ Il s'agit en fait de développer une police médicale, c'est-à-dire selon la conception de l'époque la science et la politique de l'administration des questions sanitaires (Keating et Keel, 1995).

hygiéniste auprès des autorités publiques, en particulier auprès du gouvernement provincial. Les problèmes liés au fait que les autorités municipales n'ont fait que réagir aux épidémies font ressortir la nécessité d'une intervention planifiée de l'État et la mise en oeuvre de mesures de contrôle sanitaire stables; ce qui se réalisera au tournant du XX^e siècle.

Le tournant du XX^e siècle (1895-1918) constitue, pour Claudine Pierre-Deschênes (1995), une période caractérisée par la mise en place de politiques et de mesures permanentes d'éducation populaire et de renforcement des pratiques «autoritaires». Plus précisément, elle montre que c'est une période où se mettent en place des institutions et des pratiques faisant foi de l'émergence d'un bio-pouvoir dans le secteur de la santé publique, notamment suite à la création du Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ) en 1886. L'hygiénisme émerge selon l'auteure comme projet politique posé à l'échelle de l'État et les objectifs de ce bio-pouvoir sont l'investissement et l'assujettissement des corps. Encore une fois, sans entrer dans le détail des différentes actions mises de l'avant par les hygiénistes (journaux, conférences, brochures, etc.) et des problématiques visées (hygiène domestique, alimentation, mortalité infantile, etc.), elles visent toutes à exercer un contrôle accru sur le vivant, par le développement d'un discours privilégiant une conception technique de la santé et la nécessité de mettre en oeuvre un ensemble de politiques et de mesures administratives visant à surveiller et à majorer la santé des populations dans une visée d'augmentation des forces productives nécessaires au développement du capitalisme industriel de l'époque et l'urbanisation croissante.

Même s'ils n'utilisent pas explicitement le concept de bio-pouvoir, Goulet *et al.* (1996) abondent dans le même sens. En effet, malgré le fait que le CHPQ visait surtout

les maladies infectieuses¹⁰ (variole, tuberculose, etc.) et la constitution à plus ou moins brève échéance d'une médecine préventive interventionniste au sein de l'État, ses actions se sont déployées sur deux plans : 1) le développement de collaboration entre le gouvernement provincial et les acteurs locaux (municipalité et médecin hygiéniste) dans le développement d'infrastructures sanitaires (réseau de surveillance, développement de mesures (réglementation) de prévention à l'échelle provinciale, etc.) et 2) la mise en place de grandes campagnes sanitaires visant la population et l'hygiène publique.

Pour François Guérard (1996a, 1996b), le tournant du XX^e siècle constitue une étape charnière dans le processus d'institutionnalisation politique de la santé publique. Elle se caractérise par une centralisation, une normalisation et une extension des actions de même que par l'encadrement des populations à l'échelle provinciale et la médicalisation accrue de la société. L'État est devenu un important promoteur de la médicalisation de la société, vu l'envergure des programmes offerts.

Ainsi, les mesures mises de l'avant par les hygiénistes et l'État au tournant du XX^e siècle ont comme effet de jeter les bases d'un encadrement politique du domaine de la santé publique, notamment par la mise en place des premières structures permanentes par l'État provincial. Cette centralisation visait à exercer un plus grand contrôle sur la santé publique en créant un centre de décision et d'administration publique visant à

¹⁰ Il faut souligner ici que si les interventions de l'État sont déjà importantes dès la fin du XIX^e siècle dans le domaine de la santé publique, elles se réduisent au contrôle des épidémies de maladies infectieuses et à la protection de la santé des populations par la mise en oeuvre de mesures de contrôle d'hygiène publique principalement. Les autorités gouvernementales interviennent peu dans les soins. Elles ne jouent qu'un rôle complémentaire en versant des subsides aux institutions (famille, communautés religieuses et municipalités) qui prennent en charge les démunis (orphelins, indigents, malades mentaux, etc.) (Bergeron et Gagnon, 2003).

contraindre les acteurs locaux¹¹ quant à la nécessité d'adopter des mesures permanentes de prévention. Toutefois, pour Goulet *et al.* (1996) et Guérard (1996b), la résistance des acteurs locaux (municipalités, membres des professions libérales, marchands, etc.) n'a pas permis au CHPQ d'affirmer son pouvoir sur le contrôle de l'hygiène publique. Ce n'est que dans la seconde moitié des années 1920, avec l'appui d'un certain nombre d'acteurs (grande entreprise, politiciens libéraux, clergé, petite bourgeoisie francophone, etc.) pour qui l'état de santé de la population constitue une des forces productives pour le développement de l'économie et de la nation¹² (dont la Fondation Rockfeller), que l'État québécois se dotera d'une structure élaborée (les USC) permettant d'exercer un plus grand contrôle au niveau régional (Goulet *et al.*, 1996).

Par la création des USC, l'État québécois vise, d'une part, une planification *centralisée* des programmes de santé publique et leur *extension* à l'échelle de la province (standardisation/normalisation des programmes à l'échelle provinciale, extension des actions dans tous les comtés de la province, établissement d'un système centralisé de surveillance et d'inspection sanitaire, etc.) et, d'autre part, une *intensification* des actions de santé publique par l'éducation sanitaire de la population, en particulier auprès des

¹¹ Pour le détail des rapports sociaux existants entre le CHPQ et les municipalités, les éléments qui ont favorisé l'accroissement des pouvoirs du CHPQ dans le secteur sanitaire ainsi que l'ensemble des mesures (loi, règlements, etc.) qui ont été mises de l'avant par le CHPQ et le SPH au début du XX^e siècle, voir l'analyse de Goulet *et al.*, 1996 et de Guérard, 1996b.

¹² Pour François Guérard, «[...] le discours hygiéniste de l'époque selon lequel la force des nations est fonction à la fois du nombre de citoyens-nes et de leur état de santé acquit-il un poids nouveau» après la première guerre mondiale, avec l'élection du gouvernement libéral de Taschereau» (Guérard, 1996b, p. 215). Ce qui n'est probablement pas sans lien avec la doctrine populationniste (mercantilisme) véhiculée par la mouvance hygiéniste aux XVIII^e et XIX^e siècles selon laquelle la croissance démographique constitue la base de la prospérité et de la sécurité des nations (Keel et Keating, 1995) et qui se serait accentuée par l'essor de la philanthropie bourgeoise sous l'effet de la conviction de pouvoir prévenir la mortalité infantile et les décès précoces (Farley *et al.*, 1995).

mères et des enfants d'âge scolaire (hygiène familiale et scolaire) (Desrosiers *et al.*, 1998; Goulet *et al.*, 1996; Guérard, 1996b).

Si les USC vont à l'origine surtout faire un travail de propagande hygiéniste, une nouvelle fonction leur est confiée dans les années 1950 par le SPH, soit celle de faire *l'éducation sanitaire* de la population (Desrosiers *et al.*, 1998). Se réalise alors le passage d'un travail de propagande hygiéniste, essentiellement orienté vers le contrôle des épidémies et d'assainissement du milieu, à un travail visant la discipline des individus dans l'espace privé. Il ne s'agit plus seulement de prévenir les épidémies et d'assainir l'environnement physique par des techniques d'hygiène du milieu, mais aussi d'éduquer la population par des interventions visant l'hygiène privée. Des programmes d'interventions personnalisées auprès de groupes cibles seront développés, en particulier auprès des mères de famille et des enfants d'âge scolaire. Ces deux groupes sont considérés comme étant des cibles importantes pour inculquer de nouvelles mentalités puisqu'elles permettent à la fois de pénétrer l'espace privé (la famille) et parce qu'elles favorisent un changement chez les nouvelles générations (à l'école) qui incorporeront dès le bas âge une bonne hygiène de vie et la propageront aux générations futures (Desrosiers *et al.*, 1998). Soulignons aussi que c'est à la fin des années 1940 que l'École d'hygiène de l'Université de Montréal crée son programme d'éducation sanitaire (Gaucher, 1995).

Ainsi, par une planification centralisée au sein de l'État québécois, l'extension du champ d'action de la santé publique et l'intensification des activités d'éducation sanitaire populaire, les USC ont contribué à la mise en place des bases nécessaires au développement de la médecine préventive telle qu'on la connaît depuis les années 1960-1970, c'est-à-dire une médecine où le champ d'action s'est élargi à plusieurs dimensions de l'existence et où les techniques de «contrôle social» se sont raffinées, notamment par la multiplication des savoirs sur la santé des populations (en biologie, en épidémiologie,

en psychologie, en sociologie, etc.) et l'identification de facteurs de risque (médecine prédictive).

L'apport des USC sera réinterrogé dans le cadre de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), qui recommande une plus grande intégration des services de santé préventifs et curatifs dans une même structure et la réorganisation des prestations sur la base du concept de soins gradués, en référence au paradigme nord-américain de médecine globale centrée sur les besoins de la personne ou au «Comprehensive Care» (Desrosiers *et al.*, 1998). Les changements engendrés par les réformes des années 1970 concernant la santé publique se réaliseront suite aux propositions du Comité d'étude sur la prévention sanitaire (Comité MacDonald, 1971) qui visent l'intégration des fonctions de santé publique à l'intérieur du système, au niveau du ministère, des CRSSS, des centres hospitaliers (DSC) et des CLSC (Bergeron et Gagnon, 2003)¹³.

Selon Renaud (1995), ces réformes se réaliseront selon une double logique : émergence d'une logique technocratique et managériale visant une plus grande productivité du système de santé (publique) et introduction d'une «nouvelle» moralité sanitaire fondée sur une *médecine préventive* et orientée vers la mise en oeuvre de mesures (politiques, programmes, etc.) visant à responsabiliser les individus constitués en populations cibles à l'égard de leur santé. Au plan de l'administration de la santé, on assiste à une centralisation accrue du pouvoir au sein de l'État, à une nouvelle division

¹³ Pour ces auteurs-es, «Les fonctions considérées sont l'épidémiologie, le contrôle du milieu, les mesures individuelles de protection de la santé, l'administration et la coordination avec les autres organismes sanitaires et sociaux de la communauté. [...] La création de départements de «médecine communautaire» apparaît comme une solution permettant de concrétiser l'intégration des fonctions de santé publique à l'intérieur des structures hospitalières» (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 21).

du travail distinguant les tâches d'exécution (le réseau) et les tâches de conception (conseil d'administration des établissements, conseils régionaux et bureaucratie gouvernementale) et à l'émergence d'un nouveau mode de gestion de la santé des populations axé sur une logique technocratique et managériale. Ainsi, les réformes réalisées ont comme effet d'accroître les mécanismes de contrôle visant à faire du système de santé (publique) une entreprise de gestion de la santé des populations. Si l'État vise toujours à porter assistance aux populations, il tend à le faire par une systématisation des méthodes de gestion des programmes (planification, définition de priorités, programmation, évaluation, etc.) orientée vers la productivité du système et par une planification centralisée et technocratique du système de santé. De plus, sous le vocable de santé communautaire, le champ d'action de la santé publique s'étendra considérablement. Des programmes de prévention des maladies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, etc.), des accidents et, plus largement, de prévention des facteurs de risque individuels¹⁴ pour la santé seront développés.

Au plan de l'intervention, se développe une médecine préventive (et prédictive) dans les écoles de santé publique et des approches de prévention centrées sur les facteurs de risque individuels (habitudes de vie, attitudes, etc.) pour la santé, que nous nommons dans le présent texte *prévention des risques individuels*. Pour Renaud (1995), il y aurait eu, comparativement aux discours qui prédominaient auparavant, en particulier chez les réformateurs de la Commission Castonguay-Nepveu et les mouvements sociaux de l'époque, un glissement sémantique consistant à considérer le droit à la santé non plus comme un droit social, mais comme une responsabilité individuelle ou, plus précisément,

¹⁴ Tout au long de ce texte, le concept de *facteurs de risque individuels* réfère à la fois aux caractéristiques descriptives des individus et aux facteurs dits «environnementaux» dans le discours de santé publique qui influencent l'agir des individus.

comme une obligation morale d'avoir de bonnes habitudes de vie et d'adopter des attitudes et des comportements individuels (exercice physique, abstinence vis-à-vis le tabagisme, consommation modérée d'alcool, etc.) protecteurs pour la santé. La logique de prévention s'étend non seulement aux différentes dimensions de l'existence humaine, mais la faute ou le blâme sont de plus en plus imputés à la victime, et non plus aux structures ou aux inégalités sociales.

Ainsi, malgré le maintien de programmes visant l'assistance aux individus, l'État impose un nouvel ordre sanitaire et social fondé sur la *responsabilité individuelle*, par le développement d'un savoir épidémiologique où prédomine le calcul des probabilités et une logique scientifique/positiviste caractéristique des savoirs dominants dans le champ de santé publique (psychologie communautaire, travail social, sexologie, etc.). Pour Gaucher (1995), l'enseignement en santé publique à l'Université de Montréal se réoriente et se réorganise à l'époque selon une logique de responsabilisation individuelle propre à la médecine préventive. Elle rapporte que, dans le cadre des réformes de l'éducation de la Commission Parent (1963), l'École d'hygiène de l'époque considère qu'il faut étendre l'action de l'hygiène à la prévention pour faire face aux maladies à incidence sociale, plutôt que limiter celle-ci à la médecine préventive classique (hygiène publique, maladies infectieuses, etc.). Et pour y parvenir, il faut enseigner une conception de la vie selon laquelle les individus ont non seulement un droit à la santé, mais ils ont aussi une responsabilité à l'égard de leur corps et de leur santé physique et mentale (Gaucher, 1995).

Si la notion de responsabilité n'est pas nouvelle dans le secteur de la santé publique, elle prend un sens individualiste qui n'existait pas auparavant et elle devient centrale dans le développement des politiques de santé (établissement des priorités, planification, programmation, intervention, etc.).

La notion de responsabilité, si elle n'est pas complètement nouvelle, prend ici un sens individualiste qui aurait été auparavant incompatible avec le mal social qu'étaient les maladies infectieuses et l'insalubrité. La venue de maladies à l'apparence plus individuelle permettait dorénavant de jeter la pierre à la victime et de laisser la notion de responsabilité individuelle s'installer au centre des politiques de santé (Gaucher, 1995, p. 181).

Dans cette perspective, la compréhension du comportement humain et des conditions qui le gouvernent sera à la base de la réforme des programmes de l'école. Ce qui favorisera le développement d'un savoir fondé sur l'épidémiologie comportementale (logique scientifique/positiviste), une extension du champ d'action de la santé publique sur les différentes dimensions de l'existence individuelle, l'exercice d'un plus grand «contrôle social» de la médecine préventive sur la vie des individus et leur responsabilisation à l'égard de la santé.

Le système de santé et des services sociaux sera à nouveau réinterrogé dans le cadre de la Commission Rochon (1985-1988) et réformé à partir du début des années 1990. Cette commission (Gouvernement du Québec, 1988) propose des changements importants concernant le fonctionnement et la gestion du système. Il est notamment proposé de recentrer le système sur l'atteinte d'objectifs de santé et de résultats plutôt que sur le seul développement des moyens (politiques, programmes, etc.). Ceci inclut la mise en place de mesures visant une plus grande responsabilisation des acteurs du système envers la population, une participation plus grande des citoyens-nes dans la recherche de solutions aux problèmes qu'ils vivent et leur *mobilisation*¹⁵ dans la

¹⁵ Il est important de souligner ici qu'il ne s'agit pas seulement de responsabilisation à (à suivre...)

résolution de ces problèmes, notamment au niveau des régions et des dites «communautés locales».

Les RRSSS vont remplacer les CRSSS et de nouvelles fonctions leur seront attribuées, dont celles d'établir des priorités régionales, d'élaborer des plans régionaux d'organisation des services (PROS), d'allouer les ressources au niveau régional et de développer des partenariats avec les acteurs du milieu, le tout conformément au respect des priorités nationales (provinciales). En plus d'un objectif de contrôle de l'augmentation des coûts du système de santé, ces partenariats s'inscrivent dans une logique de restriction de l'investissement de l'État et visent un transfert d'une part des responsabilités sur les acteurs locaux, notamment par la reconnaissance de la contribution des organismes communautaires¹⁵ à la mission de l'État en matière de santé et de services sociaux (Fortin, 2003; Dumais, 1999). Plus précisément, les organismes communautaires doivent participer à la planification des priorités régionales et à l'élaboration des PROS, développer un partenariat soit sous la forme d'un mandat qui leur est confié ou en fonction d'une mission qu'ils se sont donnée, en rapport à une

¹⁵(...suite)

l'égard de la santé, mais de mobilisation des acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes de santé qu'ils vivent. Sont introduites dans les différentes politiques de l'État (planification, programmes, etc.) des mesures (partenariat, intersectorialité, etc.) favorisant l'autonomie et la mobilisation des acteurs locaux à l'égard de leur santé. À cet effet, la Commission Rochon fait de la promotion de la santé la base de la PSBE qui sera créée en 1992 (MSSS, 1992) et accorde un long chapitre sur la contribution des organismes communautaires (Gouvernement du Québec, 1988).

¹⁶ La Commission Rochon (1985-1988) sur la réforme du système de santé et des services sociaux proposait de reconnaître les organismes communautaires comme des acteurs pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations. Ils seront officiellement reconnus comme organismes autonomes dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991. Ce sont les RRSSS qui seront chargées de développer des partenariats avec ceux-ci, sur une base régionale (Dumais, 1999).

problématique de santé reconnue comme prioritaire par la RRSSS de leur territoire (Fortin, 2003).

Si le mandat des DSP demeure sensiblement le même que celui des DSC qu'elles remplacent, le fait que le directeur-trice de santé publique soit nommé par le ministre et que les DSP soient intégrées aux RRSSS vient lever les ambiguïtés introduites par le modèle de santé communautaire dans les décennies précédentes (Bergeron et Gagnon, 2003). D'abord, pour ces auteurs, le terme de santé communautaire est principalement réservé à l'action des organismes communautaires qui travaillent dans le secteur de la santé publique. Ensuite, les fonctions des DSP sont précisées, soit 1) celle de la surveillance de l'état de santé des populations sur leur territoire (identification des problèmes, établissement des priorités d'action, etc.), 2) l'identification des facteurs de risque et la planification des priorités d'intervention, 3) l'élaboration d'une programmation en prévention en lien avec la PSBE de 1992 (MSSS, 1992) qui fait une large place à la promotion de la santé et aux populations vulnérables. La nouvelle *Loi sur la santé publique* de décembre 2001 élargit ce mandat à l'action intersectorielle¹⁷ et vient

¹⁷ Le mandat légal actuel du directeur-trice de la santé publique dans sa région est 1) d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin, 2) d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection, 3) d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la RRSSS sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable, 4) d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action. Le directeur-trice assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la *Loi sur la protection de la santé publique* (chapitre P-35) (<http://www.santepub-mtl.qc.ca>).

consacrer, en inscrivant directement ces fonctions dans la loi, le pouvoir du directeur-trice de santé publique dans l'exécution de son mandat.

Depuis les travaux de la commission Rochon, le terme de santé publique est de retour et le terme de communautaire est de plus en plus réservé à l'action des groupes ou des organismes communautaires. La nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* reconduit la responsabilité générale du ministre à l'égard de la santé publique; mais elle confie maintenant aux régions les fonctions de gérer un programme régional de santé publique et de créer une direction de santé publique dont le directeur est nommé par le ministre. Associer la gestion de la santé publique aux régions régionales a peu de répercussions sur le mandat de protection de la santé, mais il donne une signification nouvelle aux mandats liés à l'identification des problèmes prioritaires et des interventions les plus efficaces ainsi qu'au développement de l'expertise en prévention et promotion de la santé. Désormais les activités des directions de santé publique apparaissent comme des services spécialisés devant soutenir les interventions régionales à l'égard de la santé et des services sociaux ainsi que les interventions locales réalisées principalement par les CLSC, par les médecins en cabinet et par les organismes communautaires. Ces activités doivent, entre autres, soutenir l'actualisation de la Politique de santé et de bien-être publiée en 1992 (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 25-26).

Les DSP agissent surtout comme expert-conseil auprès des RRSSS dans le soutien à la mobilisation des différents acteurs locaux (CLSC, hôpitaux, organismes communautaires, etc.) pour atteindre les priorités nationales (provinciales) et régionales de santé publique. Elles jouent en ce sens un rôle «tampon» entre les organismes locaux et la RRSSS de leur région en soutenant, de leur expertise (médecin-conseil, épidémiologue, recherche psychosociale, etc.), la planification, la programmation et l'intervention, en particulier auprès des organismes communautaires reconnus par la

RRSSS dont le nombre atteint à Montréal-centre, pour l'exercice financier de 2003-2004, les 577 (RRSSS-MC, 2003).

D'autre part, la Commission Rochon (Gouvernement du Québec, 1988) établit une distinction importante entre prévention et *promotion de la santé* et fait de cette dernière la base même d'une proposition d'une politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), qui vise à soutenir et encadrer les différents programmes de santé (Bergeron et Gagnon, 2003). En cela, elle s'inscrit en continuité avec le Rapport Lalonde de 1974 (*Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*) sur les déterminants de la santé, l'adoption de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986) et du document *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion* du ministre Epp (rapport Epp, 1986) sur la promotion de la santé, qui visent tous la mobilisation des individus et des acteurs locaux à l'égard de leur santé. Cette idée de promotion de la santé guidera les politiques de santé publique depuis la fin des années 1980 et elle sera au coeur de la nouvelle *Loi sur la santé publique* de 2001.

Dans cette perspective, la Commission Rochon comme les politiques qui ont suivi ne visent plus uniquement à prévenir la maladie par la réduction ou l'élimination des facteurs de risque (habitudes de vie, environnement malsain, etc.), mais à mettre de l'avant, selon une vision positive de la santé¹⁸, des mécanismes favorisant l'autonomie des individus et des acteurs locaux à l'égard de leur santé. Le système de santé aurait trop tendance à maintenir les usagers-ères dans un rôle passif par rapport aux professionnels alors que les individus sont dotés d'autonomie et d'un potentiel de développement qui les rend capables de mettre en oeuvre les moyens nécessaires à la résolution des

¹⁸ La santé n'est plus considérée uniquement comme une absence de maladie, mais comme un capital à préserver, à entretenir et à développer.

problèmes sociaux et de santé qu'ils vivent, s'ils sont soutenus par le système, les membres de leur milieu et les dites «communautés locales» d'appartenance.

La Charte d'Ottawa de l'OMS (1986) constitue la référence principale sur laquelle repose le courant de la promotion de la santé. Cette approche d'intervention est définie comme un processus qui incite la personne à prendre sa santé en main et à l'améliorer. Le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes personnelles et la réorientation des services de santé sur les besoins et la participation des personnes sont trois des principes fondamentaux d'action de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. Les deux autres principes d'action visent la responsabilisation des décideurs (politicien, haut fonctionnaire, etc.) des différents secteurs à l'égard des conséquences que les politiques publiques peuvent avoir sur la santé et le développement d'une approche socio-écologique de la santé fondée sur le principe «humaniste» d'équilibre entre l'homme et son milieu (conservation des ressources naturelles, milieu de travail sain, équilibre et harmonie sociales, etc.). Toutefois, dans les faits, les actions visant les politiques publiques ne sont pas légions¹⁹ et s'adressent rarement aux déterminants sociaux de la santé (O'Neill *et al.*, 2006). De même, celles visant l'écologie du milieu se sont traditionnellement réduites à la gestion des catastrophes environnementales et à la gestion des risques techniques (en milieu de travail, dans les villes et villages, etc.) et les actions s'inspirant de l'écologie sociale semblent avoir été

¹⁹ La promotion de la santé est au coeur même de la nouvelle *Loi sur la santé publique* de 2001. Elle donne notamment au ministre de la santé le pouvoir d'intervenir auprès des autres ministères lorsque ceux-ci font des actions susceptibles d'être nuisibles pour la santé publique. Il est cependant trop tôt pour évaluer l'impact de cette loi dans la pratique. De même, les directeurs-trices régionaux de santé publique ont maintenant le pouvoir d'interpeller tous les acteurs régionaux qui pourraient, par leurs différentes actions, nuire à la santé publique. Ici encore, il est trop tôt pour pouvoir évaluer l'impact de cette législation dans la pratique.

limitées; l'approche écologique demeurerait faiblement intégrée aux programmes de promotion de la santé (Richard et Gauvin, 2006).

Le courant de la promotion de la santé contribue en ce sens à l'élaboration d'une «nouvelle» santé publique²⁰ en orientant davantage l'action sur la personne et de sa collectivité locale d'appartenance. Il s'agit en fait d'une approche d'intervention fondée sur le développement de l'autonomie, du potentiel et des capacités des personnes à prendre en charge leur santé, notamment par l'action communautaire ou par la participation à la vie collective locale.

En résumé, les écrits des historiens et des sociologues montrent que, à la différence de la plupart des pays et des autres provinces canadiennes où le palier municipal joue toujours un rôle prépondérant dans le développement et la mise en oeuvre des activités de santé publique (Bergeron et Gagnon, 2003), le modèle québécois de santé publique s'est développé selon une double dualité central/local et public/privé. De plus, on assiste à une extension de son champ d'action sur les différentes dimensions de l'existence des individus et à une intensification croissante des contrôles des espaces de liberté des individus, particulièrement avec le développement d'une expertise de

²⁰ Nouvelle santé publique en ce sens que si elle a, jusqu'au milieu du XX^e siècle, visé la protection du public par rapport aux épidémies et l'hygiène publique et privé, son champ d'action s'est largement étendu depuis à plusieurs problèmes sociaux et sanitaires (accidents, cancer, etc.). Par conséquent, elle constitue maintenant une entreprise de régulation sociale dont les succès reposent sur un ensemble de proscriptions (interdits divers parfois sanctionnés par des réglementations comme par exemple la réglementation de l'usage du tabac dans les lieux publics) et de prescriptions (comportements sains, habitudes de vie, etc.) (Massé, 2003). De plus, ses modes d'intervention se sont transformés depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) sur la promotion de la santé au milieu des années 1980, par le développement de mesures (plans, programmes, etc.) axées sur la mobilisation des acteurs concernés par la problématique des déterminants sociaux de la santé des populations.

médecine préventive et de promotion de la santé où l'adaptation et l'autonomie individuelle sont visées.

Sur le *premier plan*, la santé publique québécoise s'institutionnalise au sein de l'appareil d'État dès la fin du XIX^e siècle, sous l'influence de la mouvance hygiéniste qui revendique la mise en place de mesures permanentes de prévention, en particulier à l'égard des épidémies de l'époque. Si les hygiénistes exercent une influence importante sur les municipalités qui sont à cette époque responsables des bureaux de santé lors des épidémies, c'est par une alliance avec les instances gouvernementales centrales qu'ils vont réussir, au tournant du XX^e siècle, à faire adopter des mesures permanentes d'hygiène et de prévention des épidémies. Ce processus d'étatisation de la santé publique prend son essor dans les années 1930, avec la création des USC, où le gouvernement provincial compte affirmer son hégémonie sur les grandes orientations à donner à la santé publique. Les réformes réalisées au cours des années 1960-1970 viennent consacrer ce processus d'institutionnalisation politique par l'émergence d'un modèle centralisé de régulation technocratique du système de santé (dont la santé publique). À partir du milieu des années 1980, en période de crise économique et financière et de recrudescence du libéralisme, ce modèle centralisé de régulation technocratique de la santé publique est réinterrogé et remis en question dans les réformes du début des années 1990. Avec la loi de 1991 et la régionalisation du système de santé (publique), on vise à accroître le niveau d'autonomie des RRSSS. Toutefois, comme le soulignent certains auteurs (Bergeron et Gagnon, 2003; Turgeon *et al.*, 2003), leur autonomie reste subordonnée au palier central pour ce qui a trait au financement et à l'établissement des grandes orientations. Les compressions budgétaires imposées par le gouvernement au cours des années 1990 et les modifications législatives apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux en 2001* favorise un encadrement plus serré et plus centralisé des activités,

notamment par la mise en place de mécanismes de gestion par résultat, de transparence et d'imputabilité (reddition des comptes) au niveau du MSSS, plutôt qu'au palier régional²¹.

Ainsi, les transformations en cours depuis les années 1980-1990 se caractérisent plus par une déconcentration des pouvoirs que par une véritable décentralisation, l'État ne se désengage pas de ses responsabilités quasi-séculaires d'orientation en matière de santé publique, mais tend plutôt à transférer la responsabilité d'exécution aux paliers régional et local et un certain nombre de tâches au privé ou aux acteurs de la société civile (entreprise privée, familles, regroupement de citoyens-nes, organismes communautaires, etc.), par le biais de partenariats. Les réformes viseraient une mobilisation encadrée (planifiée, programmée, etc.) des acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes sociaux et sanitaires auxquels ils sont confrontés. La centralisation de l'expertise de santé publique (surveillance épidémiologique, promotion de la santé, etc.) au sein du MSSS et des RRSSS et le partenariat avec les organismes communautaires sont les mécanismes par lesquels se développe une forme nouvelle de gouvernance pragmatique où l'État établit les priorités et les objectifs à atteindre (populations cibles, problématiques prioritaires, prévention des risques individuels, etc.)

²¹ Soulignons que depuis la Commission Clair et la modification de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux de 2001* (projet de loi 28), les PROS font l'objet de contrats triennaux de performance avec le MSSS, ce qui tend à renforcer l'imputabilité des RRSSS vers le MSSS plutôt que vers la population (Turgeon *et al.*, 2003). Ainsi, puisque ces modifications législatives prévoient une formule de reddition des comptes envers le MSSS, il est possible que les pressions soient dorénavant très fortes pour que les partenariats avec les organismes communautaires se réalisent selon une formule proche de celle des contrats de services puisque ce sont les RRSSS qui à la fois allouent les ressources aux organismes et doivent rendre des comptes au MSSS. La mise en place d'indicateurs de «performance» (suivi, monitoring, résultats, etc.) dans les organismes pourrait avoir comme effet de réduire le peu d'autonomie qu'ils ont réussi à obtenir, malgré le fait que leur intervention est déjà très fortement encadrée par les mandats, l'allocation des ressources et l'évaluation.

et confie la responsabilité d'exécution aux organisations locales, en particulier les organismes communautaires. La santé ne serait plus perçue comme un droit social dont l'État doit se porter garant par la mise en place de mesure d'assistance et de développement social comme c'était le cas chez les réformateurs des années 1960-1970 (Renaud, 1995; Gouvernement du Québec, 1970)²², mais comme un enjeu de mobilisation des acteurs locaux dans sa prise en charge, notamment par l'approche de promotion de la santé.

Sur le *deuxième plan*, les écrits montrent que la santé publique étend son champ d'action aux différentes dimensions de l'existence et intensifie ses contrôles jusque dans le moindre détail des conduites des individus. À l'origine, elle vise surtout l'encadrement des populations par la mise en place de mesures d'hygiène publique ou d'hygiène du milieu. Toutefois, à partir des années 1950, des mesures d'éducation sanitaire visant l'hygiène privée se développent, une médecine préventive (et prédictive) axée sur les habitudes de vie émerge dans les années 1970 et une approche de promotion de la santé prend de plus en plus d'importance à partir du milieu des années 1980.

Si ces philosophies ou ces approches d'intervention coexistent toujours dans le secteur de la santé publique, les transformations qui se sont réalisées dans le temps sont révélatrices des changements intervenus dans la nature des modes de régulation des conduites des individus. Comme nous l'avons vu, par l'hygiène du milieu, la santé publique visait surtout *l'encadrement* des individus par le développement d'activités de surveillance et de mesures réglementaires destinées principalement à contrer les

²² Le droit au travail, à l'éducation, à la santé, à la sécurité du revenu, à un logement convenable de même que le droit au repos et aux loisirs sont parmi les droits sociaux considérés comme essentiels au développement humain et social par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) du début des années 1970 (Gouvernement du Québec, 1970).

épidémies et la mortalité infantile. Par l'hygiène privée, elle poursuit un objectif *d'éducation sanitaire* des familles et des enfants, donc le développement d'apprentissages en matière d'hygiène privée (salubrité, puériculture, soins, etc.). Par le développement de la médecine préventive et prédictive, elle accentue la portée de son action sur les différentes dimensions de l'existence, elle pénètre le vivant dans ses moindres détails (alimentation, sexualité, tabagisme, conduite automobile, sécurité en vélo, etc.) et elle tend à *responsabiliser* les individus à l'égard des conduites à risque pour la santé, notamment en construisant ces dernières comme des facteurs de risque. Avec le développement de la promotion de la santé, émerge un discours positif sur la santé (santé comme capital) et une logique d'intervention étatique axée sur l'*autonomisation* ou l'auto-réalisation des individus. Ainsi, les transformations historiques des modes d'intervention en santé publique se caractérisent par le passage d'une logique de régulation axée sur l'encadrement à une logique d'éducation sanitaire axée sur la responsabilisation et, plus récemment, à une logique de promotion de la santé axée sur l'autonomisation accrue des individus à l'égard de la préservation de leur «capital-santé».

Le sujet à risque est dans cette perspective construit comme un sujet possédant une capacité d'action lui permettant de se sortir, par lui-même ou avec l'aide de ses pairs, des conditions²³ de vulnérabilité aux risques. Si les mesures d'encadrement et

²³ À la différence des études épidémiologiques centrées sur les caractéristiques descriptives (âge, estime de soi, etc.) associées à la prise de risque et conformément aux enjeux de prévention présentés ci-dessus, nous utiliserons tout au long de ce texte le concept de «conditions de vulnérabilité aux risques d'infection par le VIH» pour parler des «conditions structurelles de vie» qui rendent vulnérables aux risques : itinéraire marqué par la pauvreté socio-économique, la précarité et la marginalisation, normes et conditions de la consommation dans les réseaux illicites, etc. Ces conditions structurelles de vie ont toutes comme effet de repousser les individus à la marge des réseaux légitimés dans la société, de les stigmatiser et d'accroître la (à suivre...)

d'éducation sanitaire sont toujours considérées nécessaires à la réduction de ces risques, elles sont néanmoins jugées problématiques. En plus d'être trop normatives pour obtenir l'adhésion des usagers-ères, elles tendent à les maintenir dans un rôle passif ou à les produire comme des consommateurs de services plutôt que des citoyens-nes responsables aptes à se prendre en charge. Des études tendent par ailleurs à montrer que les nouvelles formes de régulation des conduites des individus ne reposent plus uniquement sur des stratégies de responsabilisation, mais sur des stratégies visant la dynamisation du *soi* par des interventions visant le développement de l'estime de soi, de l'«*empowerment*», etc. (Triantafillou et Nielson, 2001; Clark, 1998; Kinsman, 1996).

Bref, les «nouveaux» modes de régulation sociale qui se mettent en place depuis les années 1980 reposent sur l'idée que la réduction des risques sociaux et sanitaires passe dorénavant par la mise en place de dispositifs orientés de plus en plus sur la mobilisation des acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes (sociaux, économiques, etc.) et l'autonomisation ou l'auto-réalisation des individus²⁴. Les organismes communautaires avec lesquels la santé publique établit des partenariats sont

²³(...suite)

vulnérabilité aux risques. Elles sont en quelque sorte le revers des supports sociaux (stables) nécessaires à l'acquisition d'un statut positif d'individu, c'est-à-dire d'un statut d'individu affranchi des contraintes qui pèsent sur lui, notamment les risques sanitaires (Castel, 2003).

²⁴ Par exemple, pour Beauchemin *et al.* (1995), dans le discours néo-libéral, les mesures de sécurité sociale ne visent plus uniquement le soutien protecteur de l'État contre les risques sociaux, mais le soutien à l'auto-réalisation des individus, c'est-à-dire le développement de leur potentiel d'autonomie et d'adaptation (individuelle) aux transformations sociales. Nous verrons plus loin que le concept d'humanisme dans la RM est défini dans cette logique discursive. Retenons toutefois que, dans cette nouvelle logique managériale, l'auto-réalisation des individus est envisagée en relation avec leur appartenance et leur participation à la dite «communauté locale». Le local plutôt que le national constitue un «nouvel» espace de gestion du social axé sur la mobilisation de groupes sociaux divers (quartier, «communauté locale», etc.), que ce soit par la mise en oeuvre de politiques de développement local ou de mobilisation des acteurs locaux dans la gestion des risques sociaux et sanitaires.

le lieu par excellence où est rendu possible la *continuité* entre ces deux niveaux d'action de la santé publique. D'une part, ce sont des acteurs qui sont mobilisés et qui se mobilisent dans le développement d'une programmation conformes aux objectifs et aux priorités établis par la planification des agences régionales et nationales (provinciales) de santé publique. D'autre part, ils constituent le lieu de mise en oeuvre d'interventions de proximité visant l'autonomisation des individus visés, conformément à l'approche de promotion de la santé.

C'est dans ce contexte historique de transformations des modes de régulation sociale dans le secteur de la santé publique que se met en place, dans la seconde moitié des années 1980, le dispositif québécois de lutte contre le VIH. Nous nous attardons maintenant à décrire les grands enjeux de santé publique générés par l'apparition de ce virus et le type de réponse formulé par l'épidémiologie pour contrer le danger d'épidémie

1.2 Enjeux épidémiques et dispositif de sécurité²⁵

Selon Baganizi et Alary (1997), les premiers cas de sida furent rapportés aux États-Unis en 1981, à la suite de l'apparition de certaines maladies (sarcome de Kaposi, pneumonie, etc.). L'agent étiologique du sida, le VIH, a été découvert en 1983 et l'apparition de ce virus a donné lieu à une épidémie mondiale. Selon ces auteurs, étant donné l'ampleur de la distribution géographique du virus, on peut parler de véritable pandémie. L'épidémie a été classée selon trois types.

²⁵ L'analyse des enjeux épidémiques du VIH présentée dans cette section s'appuie sur le texte de Bagazini et Alaray (1997). Ce texte offre une excellente synthèse des écrits sur la question et il a l'avantage de tenir compte de la situation québécoise.

L'épidémie de type 1 affecte les pays d'Amérique du nord, de l'Europe de l'Ouest, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et plusieurs centres urbains de l'Amérique latine. Dans ces régions, ce sont surtout les hommes homosexuels, bi-sexuels et les usagers-ères de drogues qui sont infectés. Le VIH aurait commencé à s'y propager entre le milieu des années 1970 et le début des années 1980. La transmission se fait surtout par les contacts sexuels entre hommes et par voie parentérale, bien que le virus se transmet également par contact hétérosexuel et au moment de la grossesse (transmission périnatale).

L'épidémie de type 2 affecte principalement l'Afrique sub-saharienne et certains pays d'Amérique latine, en particulier la région des Caraïbes. Dans ces pays, ce sont les personnes hétérosexuelles (hommes et femmes) qui constituent la population la plus affectée. La propagation du VIH aurait commencé entre le début et la fin des années 1970. La transmission sexuelle s'y réalise surtout par contact hétérosexuel et la transmission périnatale est un problème majeur.

L'épidémie de type 3 touche l'Asie, le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord, l'Europe de l'est et la région du Pacifique (excluant l'Australie et la Nouvelle-Zélande). Le VIH aurait pénétré ces régions entre le début et le milieu des années 1980. Toutefois, c'est en Asie du Sud et du Sud-Est que la progression a été la plus rapide, avec une transmission hétérosexuelle et parentérale importante.

Bien qu'on retrouve le virus dans plusieurs liquides biologiques, le VIH se transmet à travers le sang, le sperme et les sécrétions vaginales. Les voies de transmission sont les contacts sexuels, l'usage de seringues ou d'aiguilles, la voie périnatale (ou transmission verticale) et les transfusions sanguines (avant que ne soit élaboré un système de dépistage). Les principaux facteurs de risque sont les

comportements sexuels non protégés et le partage de matériel d'injection. La transmission périnatale semble pouvoir avoir lieu au moment de la naissance (accouchement), avant la naissance (durant la grossesse) et après la naissance (allaitement) (Baganizi et Alary, 1997).

Pour Baganizi et Alary (1997), l'épidémie du VIH aurait, comme toutes les épidémies, son «histoire naturelle». Une des caractéristiques de cette histoire est que la transmission du VIH est facilitée par le fait que la période d'incubation du sida est longue. La période-fenêtre correspond à la période pendant laquelle une personne infectée par le VIH n'a pas encore développé d'anticorps détectables alors qu'il peut transmettre le virus. La période d'incubation du sida réfère quant à elle au temps écoulé entre l'exposition au virus et le développement de la maladie. Cette période est très longue et la personne infectée peut transmettre le virus si elle n'a pas passé de test de dépistage. La méconnaissance du statut sérologique accentue la transmission du VIH.

Bref, dans une perspective épidémiologique, le problème du sida est un des problèmes importants de santé publique qui affecte tous les continents. Ce problème serait attribuable à la nature du virus (temps d'incubation), aux difficultés à favoriser le changement de comportement et, surtout, à celles de favoriser le maintien de comportements sécuritaires dans le temps. Malgré le fait que les taux d'incidence aient diminué dans les pays industrialisés chez les homosexuels et les utilisateurs de drogues, les auteurs cités ci-dessus considèrent que l'épidémie n'est pas maîtrisée ou contrôlée. Le danger de propagation du VIH demeure un problème important pour plusieurs États (dont le Québec) et exige la mise en place de dispositifs efficaces (surveillance, plan d'action, etc.) pouvant enrayer la propagation du virus entre les régions (urbaines, rurales, etc.), entre les groupes comme à l'intérieur des groupes les plus infectés, etc., notamment entre les usagers-ères de drogues et la population en général.

Afin d'exercer un contrôle sur la propagation du VIH, ces auteurs proposent de mieux cibler les actions en direction des populations locales et de mieux intégrer les programmes à l'intérieur des systèmes (locaux) de santé. En l'absence d'un vaccin, ces programmes locaux et, en particulier ceux qui font la promotion de l'utilisation du condom, constituent la pierre angulaire dans la lutte contre la propagation du VIH.

Pour être efficaces, et compte tenu des ressources financières de plus en plus rares, ces programmes devraient cibler leurs actions en fonction des caractéristiques locales des populations. Les programmes de prévention élaborés devront être, par ailleurs, de mieux en mieux intégrés aux différents systèmes de santé, surtout dans les pays en voie de développement. En l'absence d'un vaccin efficace, ces programmes d'intervention, incluant la promotion de l'utilisation du condom, restent la pierre angulaire dans la lutte contre la propagation du VIH (Baganizi et Alary, 1997, p. 36-37).

Cette manière de poser le problème des enjeux épidémiques liés à l'avènement du VIH est conforme à la manière dont les sociétés libérales élaborent des dispositifs de sécurité pour se prémunir des dangers (internes et externes) susceptibles de menacer l'ordre (social, sanitaire, économique, politique, etc.) établi et, plus précisément, des dispositifs visant à canaliser les forces (sociales) locales vers des objectifs de sécurité.

En effet, pour Foucault (2004a), les dispositifs de sécurité²⁶ sont apparus au XVIII^e siècle, dans le passage de l'État de police (État monarchique) à l'État régulateur (État libéral classique). À la différence des dispositifs disciplinaires qui s'exercent dans

²⁶ Les dispositifs de sécurité comprennent les mesures visant la régulation des populations (bio-politique), le développement de l'économie politique libérale (concurrence entre les États) et de l'armée (protection contre les États «ennemis») (Foucault, 2004a, 2004b). Ils ont donc une portée plus large que la bio-politique, tout en l'intégrant.

des lieux «fermés» (école, famille, atelier, etc.) et dont l'objectif est le contrôle dans les moindres détails des conduites individuelles par l'imposition d'une norme de l'extérieur, ces dispositifs prennent appui sur la réalité des phénomènes («réalité effective») et tendent à «faire jouer de l'intérieur» les différents éléments qui les constituent afin qu'ils s'annulent ou se réduisent d'eux-mêmes.

Autrement dit, les dispositifs de sécurité tentent d'agir de l'intérieur des milieux dans le but de canaliser les forces qui s'y déploient vers des objectifs de sécurité (protection de la santé, développement de la natalité, etc). Ils s'appuient sur les éléments constitutifs des phénomènes (motifs d'apparition, oscillation, etc.) et tentent de les faire jouer entre eux pour freiner leur développement ou leurs conséquences négatives sur la sécurité de la nation. Il ne s'agit plus dans cette perspective de chercher à éradiquer les phénomènes lorsqu'ils ont lieu, mais de prévenir les événements aléatoires (événements possibles), de manière à les contenir dans des limites «acceptables» (économiquement, socialement, etc.), c'est-à-dire sous des seuils permettant d'éviter les crises (fléau, révolte, etc.).

C'est dans ce contexte qu'apparaît un nouvel art libéral de gouverner²⁷ qui se pense comme action dans l'élément de la «nature», une physique du pouvoir qui s'appuie sur les libertés de chacun, un État régulateur des libertés ou des intérêts à la place de l'État de police (disciplinaire et «prédateur») qui existait auparavant. Avec la reconnaissance de la population comme entité qui obéit à des processus «naturels»

²⁷ Pour Foucault (2004a), le libéralisme n'est pas seulement une théorie, et encore moins une idéologie, mais une pratique de gouvernement, c'est-à-dire ce nouvel art de gouverner qui émerge dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, en remplacement du mercantilisme et de l'État de police. Il a comme fonction principale de transformer les individus en sujet et d'investir les nombreuses sphères de l'activité humaine qui échappait au contrôle sous l'État de police caractérisé par le prélèvement (biens, vie, etc.). Ce nouvel art de gouverner existe toujours dans les sociétés (libérales) contemporaines, malgré la transformation des formes qu'il prend.

(natalité, morbidité, etc.), le rôle de l'État ne sera plus celui d'établir des systèmes réglementaires visant l'interdit, mais de faire jouer les éléments qui régissent ces processus entre eux. Il ne s'agit plus seulement de réglementer, mais de *gérer* des populations en s'appuyant sur les processus qui les gouvernent, dont les libertés d'action.

Dans ce nouvel art libéral de gouverner, la population apparaît comme *objet* sur lequel les mécanismes de sécurité sont dirigés (les cibles) et comme *sujet* puisque c'est à elle qu'on demande d'agir de telle ou telle façon. Ainsi, la liberté est non seulement un droit individuel organisé par le droit, mais elle est un élément indispensable à la gouvernementalité elle-même. Elle constitue un des éléments sur lequel les dispositifs prennent appui pour canaliser les forces qui s'y jouent (mode de pensée, conduites, etc.) vers des objectifs de sécurité, de développement des forces productives, etc.

Dans un contexte de lutte contre le VIH, cet art libéral de gouverner tend à s'appuyer sur les caractéristiques des populations locales, à mobiliser les milieux locaux où sont concentrées les populations les plus à risque pour canaliser les forces existantes vers un objectif de prévention des risques individuels, principalement de réduction des comportements à risque. Nous nous attardons maintenant à analyser la manière dont l'État québécois a tenté de répondre au danger d'épidémie.

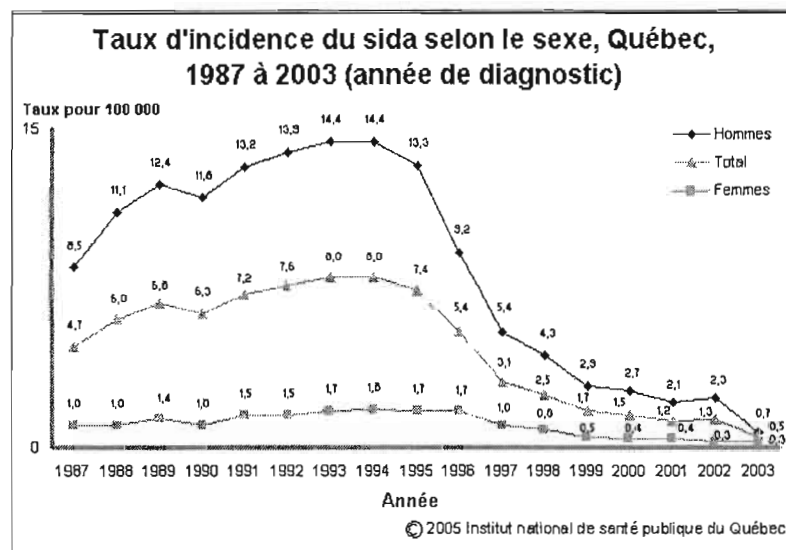
1.3 Caractéristiques de l'épidémie au Québec

Au Québec, le VIH est une infection à déclaration obligatoire depuis 2002. Il est donc impossible de tracer un portrait réel de l'évolution de l'épidémie. Les données disponibles se rapportent aux cas de sida déclarés, c'est-à-dire au nombre de personnes qui ont reçu un diagnostic transmis par le médecin au Programme de surveillance du sida

au Québec (PSSQ). Par conséquent, on ne peut retracer que l'évolution des cas de sida. Cette section présente leur évolution de même que les taux d'incidence estimés pour le Québec et pour la région de Montréal-centre, d'après les données du PSSQ (MSSS, 2003a et 2003b).

Le graphique 1 montre que les taux d'incidence annuel du sida au Québec ont augmenté de 1987 jusqu'à 1994, passant de 4,7 à 8,0 par 100 000. Par la suite, on observe une forte diminution, particulièrement entre 1995 et 1999. Cette baisse peut s'expliquer en partie par l'utilisation des thérapies antirétrovirales qui ont comme effet de prolonger la période de développement du sida. Ce graphique montre également que les taux d'incidence du sida sont beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes et cela, depuis le début de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui.

Graphique 1



Source: Programme de surveillance du VIH et du sida du Québec, MSSS, <http://www.inspq.qc.ca/Santescope>

Le tableau 1 indique que 6,098 cas de sida ont été déclarés au PSSQ au 31 décembre 2003. Plus de soixante pour cent (62,3%) des cas ont été attribués à la catégorie d'exposition «homme homo et bi-sexuel», 4,6% à la catégorie «homme homo-bi-sexuel et UDI» et 7,6% à la catégorie UDI, pour une proportion potentielle de 12,2% des cas de sida attribuable à l'usage de drogues par injection. Les cas attribués à la catégorie «originaire d'un pays endémique» représentent 11,3% des cas et 4% ont été attribués à la catégorie «contact hétérosexuel».

La proportion des cas de sida attribués aux «hommes homo et bi-sexuel» restent élevés au fil du temps. Si les cas potentiellement attribuables à l'usage de drogues par injection ne représentent en moyenne que 11,4% des cas déclarés annuellement avant 1999, ils représentent depuis plus de 20% des cas déclarés annuellement, à l'exception de l'année 2002 (17,2%). La proportion des cas attribués à la catégorie «originaire d'un pays endémique» est également plus importante à partir de 1999, variant entre 15,2 % et 17,6%, sauf pour l'année 2000 (11,5%). La proportion de cas attribués au «contact hétérosexuel» reste inférieure à 7% au fil du temps.

Le taux d'incidence annuel est inférieur à 2 pour 100 000 personnes depuis 1999. Il faut toutefois considérer que si le taux d'incidence annuel moyen n'est que de 4,1 pour 100 000 de 1979 à 1998, le taux d'incidence annuel était largement supérieur jusqu'en 1995 (cf. graphique 1 ci-dessus).

Le tableau 2 indique que les cas déclarés de sida au 31 décembre 2003 sont fortement concentrés dans la région socio-sanitaire de Montréal-centre (n=4682 pour 76,8% des cas), suivi de la région socio-sanitaire de la Montérégie (n=388 pour 6,4% des cas) et de la région de Québec (n=288 pour 4,7% des cas). De plus, si les taux (moyens) d'incidence annuel par 100 000 diminuent considérablement au fil du temps dans toutes

Tableau 1: Nombre total de cas déclarés de sida et proportion selon la catégorie d'exposition, par année de diagnostic, au 31 décembre 2003, Québec

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic												Total	
	1979-1998		1999		2000		2001		2002		2003			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homme homo-bisexuel	3583	63,6	51	40,8	51	45,1	44	48,4	55	55,6	15	40,5	3799	62,3
Homme homo-bisexuel et UDI	263	4,7	9	7,2	5	4,4	4	4,4	2	2,0	0	0,0	283	4,6
UDI	375	6,7	20	16,0	27	23,9	15	16,5	15	15,2	9	24,3	461	7,6
Facteurs de coagulation	82	1,5	1	0,8	2	1,8	1	1,1	0	0,0	0	0,0	86	1,4
Originaire d'un pays endémique	618	11,0	22	17,6	13	11,5	16	17,6	15	15,2	6	16,2	690	11,3
Contact hétérosexuel	226	4,0	2	1,6	3	2,7	6	6,6	4	4,0	2	5,4	243	4,0
Transfusé	83	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	84	1,4
Transmission mère-enfant	88	1,6	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	90	1,5
Exposition professionnelle	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Aucun facteur de risque identifié- contact hétérosexuel possible	153	2,7	8	6,4	7	6,2	2	2,2	5	5,1	3	8,1	178	2,9
Aucun facteur de risque identifié	161	2,9	10	8,0	5	4,4	3	3,3	2	2,0	2	5,4	183	3
Total	5633	100,0	125	100,0	113	100,0	91	100,0	99	100,0	37	100,0	6098	100,0
Taux d'incidence annuelle (moyen) par 100 000	4,1		1,7		1,5		1,2		1,3		0,7			

Source: MSSS, 2003. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour au 31 décembre 2003. Province de Québec*, Direction générale de la santé publique. Programme de surveillance du sida du Québec.

Tableau 2: Nombre de cas déclarés de sida et taux d'incidence par 100 000 selon la région socio-sanitaire de résidence au diagnostic de la maladie, par année de diagnostic, au 31 décembre 2003, Québec

Région socio-sanitaire	Année de diagnostic												Total	
	1979-1998		1999		2000		2001		2002		2003			
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux		
Bas-Saint-Laurent	-1	15	0,	0	0,	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Saguenay-Lac-Saint-Jean	-2	54	0,9	0	0,0	2	0,7	1	0,3	1	0,3	0	0	58
Québec	-3	266	2,2	3	0,5	6	0,9	7	1,1	3	0,5	3	0,6	288
Mauricie et Centre-du-Québec	-4	92	1	4	0,8	3	0,6	1	0,2	2	0,4	0	0	102
Estrie	-5	56	1	2	0,7	0	0	3	1	1	0,3	3	1,4	65
Montréal-Centre	-6	4314	11,9	104	5,8	86	4,8	68	3,7	80	4,4	30	2,2	4682
Outaouais	-7	91	1,7	2	0,6	3	0,9	0	0	0	0	0	0	96
Abitibi-Témiscamingue	-8	15	0,5	0	0,0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	16
Côte-Nord	-9	12	0,6	0	0,0	1	1	0	0	0	0	0	0	13
Nord-du-Québec	-10	2	0,5	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	-11	7	0,3	1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Chaudière-Appalaches	-12	29	0,4	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Laval	-13	117	1,9	2	0,6	2	0,6	3	0,9	2	0,6	0	0	126
Lanaudière	-14	88	1,4	0	0,0	0	0	0	0	2	0,5	0	0	90
Laurentides	-15	107	1,5	0	0,0	1	0,2	0	0	1	0,2	0	0	109
Montréal	-16	358	1,5	7	0,5	9	0,7	7	0,5	6	0,5	1	0,1	388
Nunavik	-17	1	0,8	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	-18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inconnue		8		0		0		1		0	-	0		9
Total		5632	4,1	125	1,7	113	1,5	91	1,2	99	1,3	37	0,7	6097

Source: MSSS, 2003. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour au 31 décembre 2003.* Province de Québec, Direction générale de la santé publique. Programme de surveillance du sida du Québec.

les régions socio-sanitaires, cette diminution est beaucoup plus marquée dans la région de Montréal-centre (d'un taux moyen de 11,9 entre 1979-1998 à 2,2 pour l'année 2003).

Le tableau 3 présente le nombre de cas déclarés de sida selon la région socio-sanitaire de résidence au diagnostic et la catégorie d'exposition. Globalement, une forte majorité des cas ont été distribués dans la catégorie «homme homo et bi-sexuel» pour toutes les régions socio-sanitaires. Les cas distribués dans la catégorie «originaire d'un pays endémique» viennent au deuxième rang pour les régions socio-sanitaires de Montréal-centre, de Laval et de la Montérégie. Les cas potentiellement attribuables à l'usage de drogues par injection viennent au troisième rang pour ces trois régions socio-sanitaires.

Toutefois, comme l'indique le tableau 4, les cas de sida potentiellement attribuables à l'usage de drogues par injection (UDI et homme homo/bisexual et UDI) viennent au deuxième rang dans la région de Montréal-centre depuis au moins 1999. Ils représentent 27% des cas en 1999, 27,9% en 2000, 23,5% en 2001, 15% en 2002 et 23,3% en 2003 comparativement à respectivement 19,2%, 15,1%, 19,1%, 18,8% et 16,7% pour les cas attribués à la catégorie «originaire d'un pays endémique» pour les mêmes années. Les cas potentiellement attribuables à l'usage de drogues seraient donc au deuxième rang dans la région de Montréal-centre, après les cas attribués à la catégorie «homme homo et bi-sexuel» dont les proportions sont de 36,5% pour 1999, 48,8% pour 2000, 48,5% pour 2001, 57,5% pour 2002 et de 36,7% pour 2003.

En bref, la distribution des cas de sida déclarés montrent qu'il y a proportionnellement plus d'hommes homo et bi-sexuels qui sont infectés, que les personnes provenant de pays endémiques viennent au deuxième rang et que les cas de

Tableau 3: Nombre de cas déclarés de sida selon la région socio-sanitaire de résidence au diagnostic de la maladie et la catégorie d'exposition, au 31 décembre 2003, Québec

Catégorie d'exposition														
Région socio-sanitaire		Homme homo/ bisexuel	Homme homo/ bisexuel et UDI	UDI	Fact. de coagul	Pays endém.	Contact hétéro.	Trans- fusé	Mère- enfant	Auc.fact. identifié- contact hét. poss	Aucun facteur		Total	
											identifié	n	%	
Bas-Saint-Laurent	-1	6	2	1	1	1	1	0	0	0	3	15	0,2	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	(02)	32	3	3	1	2	6	1	0	2	8	58	1,0	
Québec	(03)	203	16	14	7	7	15	3	2	9	12	288	4,7	
Mauricie et Centre-du-Québec	(04)	60	4	9	5	4	6	4	1	5	4	102	1,7	
Estrie	(05)	40	1	3	3	3	6	4	0	4	1	65	1,1	
Montréal-Centre	(06)	2962	214	370	32	618	131	45	74	110	126	4682	76,8	
Outaouais	(07)	65	3	5	5	2	6	1	2	4	3	96	1,6	
Abitibi-Témiscamingue	(08)	5	0	3	0	0	5	0	0	2	1	16	0,3	
Côte-Nord	(09)	6	1	2	1	0	1	0	1	1	0	13	0,2	
Nord-du-Québec	(10)	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0,0	
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	(11)	4	0	0	0	1	1	1	0	0	1	8	0,1	
Chaudière-Appalaches	(12)	16	2	1	2	0	4	1	1	1	1	29	0,5	
Laval	(13)	53	4	6	4	28	9	5	2	11	4	126	2,1	
Lanaudière	(14)	46	7	11	3	1	11	4	0	6	1	90	1,5	
Laurentides	(15)	65	10	10	2	1	10	3	1	4	3	109	1,8	
Montréal	(16)	231	16	22	20	21	30	11	4	19	14	388	6,4	
Nunavik	(17)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	(18)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
Inconnue		5	0	1	0	1	0	0	1	0	1	9	0,1	
Total		3799	283	461	86	690	243	84	90	178	183	6097	100	

Source: MSSS, 2003. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour au 31 décembre 2003.* Province de Québec, Direction générale de la santé publique. Programme de surveillance du sida du Québec.

Tableau 4: Nombre total de cas déclarés de sida et proportion selon la catégorie d'exposition, par année de diagnostic, au 31 décembre 2003, région de Montréal-centre

Catégorie d'exposition	Année de diagnostic												Total	
	1979-1998		1999		2000		2001		2002		2003			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homme	2792	64,7	38	36,5	42	48,8	33	48,5	46	57,5	11	36,7	2962	63,3
Homme	197	4,6	9	8,7	3	3,5	3	4,4	2	2,5	0	0,0	214	4,6
UDI	300	7,0	19	18,3	21	24,4	13	19,1	10	12,5	7	23,3	370	7,9
Facteurs	31	0,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	0,7
Originaire	552	12,8	20	19,2	13	15,1	13	19,1	15	18,8	5	16,7	618	13,2
Contact	122	2,8	1	1,0	1	1,2	4	5,9	1	1,3	2	6,7	131	2,8
Transfusé	44	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	45	1,0
Transmiss	72	1,7	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	1,6
Aucun facteur de risque identifié- contact hétérosexuel possible	96	2,2	5	4,8	3	3,5	0	0,0	3	3,8	3	10,0	110	2,3
Aucun	108	2,5	10	9,6	2	2,3	2	2,9	2	2,5	2	6,7	126	2,7
Total	4314	100,0	104	100,0	86	100,0	68	100,0	80	100	30	100,0	4682	100,0
Taux	11,9		5,8		4,8		3,7		4,4		2,2		257,9	

Source: MSSS, 2003. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour au 31 décembre 2003.*

Région de Montréal-centre (région 06), Direction générale de la santé publique. Programme de surveillance du sida du Québec.

sida potentiellement attribuables à l'usage de drogues par injection viennent au troisième rang. Toutefois, la tendance semble se renverser dans la région de Montréal-centre depuis la fin des années 1990, les cas de sida potentiellement attribuables à l'usage de drogues par injection viennent au deuxième rang.

Notons enfin que les cas de sida déclarés sont fortement concentrés dans la région socio-sanitaire de Montréal-centre, même si le virus semble s'être propagé dans l'ensemble des régions du Québec, à l'exception de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James où aucun cas n'aurait été déclaré. Il n'y aurait qu'un seul cas de déclaré dans la région du Nunavik et que deux cas dans le Nord-du-Québec.

1.4 Réponse au danger d'épidémie du VIH au Québec

Il existe peu d'écrits s'étant attardés à l'analyse de la réponse de l'État québécois à l'égard de l'épidémie du VIH²⁸. Néanmoins, Sauvageau (1997) a retracé et décrit les grandes étapes de cette réponse et soulevé quelques-uns des enjeux qui lui sont liés. On s'attarde dans cette section à retracer ces étapes pour le Québec et à la manière dont les enjeux de la lutte au VIH ont été posés, soit, conformément aux approches dominantes en santé publique, la prévention des risques individuels.

La mise à l'agenda politique de l'épidémie du VIH s'est réalisée au Québec selon quatre périodes, soit la période d'éveil (1981-1985), la période de réaction (1985-1987), la période d'amorce d'une prise en charge publique par l'élaboration de la phase 1 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (1987-1988) et une quatrième période de développement et de mise en oeuvre des autres phases de cette stratégie (1987 à

²⁸ L'analyse présentée dans cette section s'appuie ainsi sur le texte de Sauvageau (1997).

aujourd'hui), où le VIH devient un objet de régulation de l'État québécois et d'une bureaucratisation des actions de lutte contre ce virus (Sauvageau, 1997).

Selon l'auteure, la première période (éveil) s'est caractérisée par la création du Comité Sida-Québec, la mise en place de mesures de comptabilisation des cas de sida, d'information aux médecins et à l'émergence de structures informelles de support communautaire, d'hébergement principalement. La deuxième période (réaction) a consisté à mettre en place des mesures d'urgence (dépistage, sécurisation des produits sanguins, etc.), à la création des premiers organismes communautaires financés par l'État et à l'émergence de préoccupations cliniques et scientifiques (protocoles thérapeutiques, critères diagnostics, etc.). La troisième période (prise en charge publique) se caractérise par la création de cinq comités chargés d'élaborer un plan d'action²⁹ en matière de lutte contre le VIH, le développement de mesures à court terme (campagne d'information, formation des professionnels de la santé, programme de surveillance épidémiologique, etc.) et à organiser la V^e conférence internationale sur le sida. La dernière période a consisté à la création du Centre québécois de coordination sur le sida du MSSS chargé de mettre en place la Stratégie québécoise de lutte contre le sida dans le but d'enrayer l'épidémie. On est toujours dans cette période de développement du dispositif de lutte contre le VIH.

Pour cette auteure, la démonstration d'une possible transmission à la population hétérosexuelle a été nécessaire pour que le problème émerge sur la scène politique. Elle va jusqu'à soutenir l'hypothèse que ce que l'État québécois prend en charge, c'est

²⁹ Ce plan a constitué la deuxième phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Il s'agit d'un plan important puisque c'est à ce moment que les fondements, les grands axes et les grandes orientations de cette stratégie ont été élaborés. Ils structurent toujours les phases actuelles, bien que certaines inflexions ont eu lieu au fil du temps, comme par exemple le passage vers une approche de promotion de la santé.

l'épidémie hétérosexuelle du sida. Ce dernier n'aurait jamais fait de campagne visant à démarginaliser les groupes les plus touchés et aurait laissé aux groupes communautaires la gestion de l'épidémie homosexuelle.

Au Québec, les campagnes d'information faisant la promotion du port du condom s'adressant à l'ensemble de la population visaient les jeunes gens et les jeunes femmes entre 18 et 30 ans alors que le groupe le plus touché par l'infection au VIH et le sida reste les hommes entre 30 et 45 ans. L'État québécois n'a jamais fait de campagne grand public de prévention du sida ou de campagnes visant la démarginalisation des groupes les plus touchés, finançant plutôt des groupes communautaires pour faire des actions limitées en ce sens. De surcroît, on pourrait soutenir l'hypothèse que ce que prend en charge l'État, c'est l'épidémie hétérosexuelle du sida, laissant aux groupes communautaires la gestion de l'épidémie homosexuelle (Sauvageau, 1997, p. 438).

Toutefois, s'il est reconnu que les groupes communautaires ont joué un rôle de premier plan dans la prise en charge politique du sida dans plusieurs pays, l'auteure rapporte qu'au Québec, ils ont été créés au sein de la communauté homosexuelle sous l'impulsion de certains médecins de santé publique³⁰. De plus, ils n'ont pas été officiellement intégrés à la formulation des premières politiques de lutte contre le sida, même s'ils sont invités à participer à la formulation et à la mise en oeuvre des plans d'action depuis la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Dans les premiers moments du sida, l'expert, c'est le Comité Sida-Québec, composé en grande partie de cliniciens et de personnes oeuvrant au sein des DSC de la région de Montréal.

³⁰ Ceci est également vrai des groupes communautaires créés pour la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues, du moins à Montréal.

Au Québec, les groupes communautaires ont été intégrés progressivement à la vision périodique des politiques de lutte contre le sida. Ils seront tenus à l'écart de la préparation de la première phase du Plan d'action contre le sida; ils ont été consultés de façon informelle pour la rédaction de la phase II. Depuis le début de la phase III, les ONG québécois participent à la formulation et à la mise en oeuvre des plans d'action du Centre de coordination sur le sida (CQCS). Par ailleurs, des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVIHSIDA) siègent sur tous les comités du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS). En revanche, les groupes communautaires sont financés pour une grande part par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) ce qui réduit leur capacité de contestation (Sauvageau, 1997, p. 440).

Dans cette perspective, les groupes communautaires se caractériseraient de plus en plus comme des groupes d'experts dont le rôle n'est pas tant de contester l'action des États que de les informer et d'offrir un complément à leur action (Sauvageau, 1997, p. 440-441). Leur rôle dans l'élaboration des grands axes et des grandes orientations de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida consiste en grande partie à informer sur les conditions et les enjeux qui favorisent la vulnérabilité chez des populations spécifiques (homosexuels, usagers-ères de drogues, etc.) et à proposer des mesures de prévention adaptées à ces conditions et enjeux. Ils ont peu de pouvoir sur la décision politique qui détermine la quantité de ressources à allouer dans la lutte contre le VIH, les priorités d'allocation des ressources, etc.

La politique de lutte contre le sida au Québec vise la protection de la santé publique ou de l'ordre sanitaire sur la base d'un modèle d'action orienté vers la coopération et l'inclusion, plutôt que sur la coercition. Elle est fondée sur l'information,

le dépistage volontaire, l'éducation sanitaire et elle vise à favoriser la prise en charge individuelle des comportements (Sauvageau, 1997, p. 447).

Le dépistage volontaire a été considéré au Québec comme un moment privilégié d'éducation (Sauvageau, 1997, p. 453). Le counselling prétest et post-test est considéré comme un outil d'éducation favorisant l'adoption de comportements sécuritaires. Quant à l'éducation sanitaire, elle est perçue comme le moyen le plus efficace pour freiner l'évolution de l'épidémie, même s'il est reconnu que ce type d'action n'a pas toujours un effet déterminant sur la modification des comportements. C'est pourquoi plusieurs interventions associent l'«empowerment» des individus et la modification des comportements (Sauvageau, 1997, p. 454).

Bref, la réponse de l'État québécois face à l'épidémie du VIH se serait élaborée sur la base du danger que représente pour la population générale (population hétérosexuelle) des groupes plus exposés au VIH. De plus, ce dernier n'aurait jamais mené d'action pour démarginaliser les groupes les plus touchés et aurait confié aux organismes communautaires la gestion de l'épidémie dans ces populations, notamment en les soutenant pour qu'ils se mobilisent dans l'atteinte des objectifs de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Enfin, c'est principalement dans une logique de prévention des risques individuels que les agences étatiques de santé publique sont intervenues, malgré les limites reconnues de ce type d'approche.

Dans un texte publié sous la direction de Chevalier *et al.*, (1994), le Dr Michel R. Morissette, un des experts ayant travaillé à l'élaboration de la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, faisait le constat que la politique québécoise de lutte contre le sida révèle une attitude rétroactive à l'égard de cette épidémie. Selon cet expert, si l'éducation sanitaire et la prévention des risques individuels constituent des

actions indispensables dans la lutte contre l'épidémie du VIH, elles sont très limitées dans leur capacité de générer du changement. Si elles favorisent l'information et la sensibilisation, elles sont trop centrées sur le changement de comportements et elles sont très limitées quant à leur capacité d'agir sur les conditions sociales qui créent la maladie (Morissette, 1994, p. 321).

Selon cet expert, il est essentiel de s'attaquer aux facteurs sociaux à l'origine du décrochage (scolaire, désaffiliation sociale, etc.), de l'usage de drogues, du sous-emploi, de la pauvreté, des inégalités persistantes, etc. si l'on veut favoriser les changements sociaux nécessaires au contrôle de l'épidémie du VIH.

Le sida constitue un enjeu et un défi de société à tous les niveaux, une sorte de défi global qui passe par l'individu, par la famille, par l'école, par les valeurs véhiculées et le respect des différences et non pas seulement par la tolérance qui, elle, implique un seuil de résistance à l'acceptation de la différence. [...] La problématique de la prévention et de l'éducation face au sida est intimement liée à l'ensemble de nos grandes problématiques sociales, que ce soit la famille, l'éducation, l'école, le décrochage, les drogues, la prostitution, la sexualité et l'ensemble des valeurs qui règlent la conduite des individus dans leurs relations. La réponse au sida se trouve par conséquent dans la réponse à nos problèmes sociaux et nos choix de société (Morissette, 1994, p. 322-323).

Ainsi, les efforts consacrés à la lutte contre le VIH au Québec sont trop axés sur les individus et sur le court terme. Il faut cesser d'agir rétroactivement pour contrôler l'épidémie du VIH. La réponse doit être globale et se fonder sur un projet de société, un contrat social orienté vers une plus grande justice sociale à l'égard de la santé. Les injustices ne proviennent pas des maladies elles-mêmes, mais bien des réactions face à ces maladies (Morissette, 1994, p. 324). Par conséquent, il est nécessaire d'agir sur les

conditions sociales qui favorisent la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH si on veut que les efforts consacrés à la lutte contre ce virus aient un impact sur le développement de l'épidémie. Ces considérations sont particulièrement valables pour les populations les plus marginalisées, comme les usagers-ères de drogues, les individus ayant des activités de prostitution et ceux qui sont incarcérés. Nous tenterons maintenant d'identifier les enjeux spécifiques posés par la lutte contre le VIH auprès de ces groupes.

1.5 Enjeux de la prévention auprès des usagers-ères de drogues

Dans un livre publié sous la direction de Lévy et Cohen (1997), Hankins (1997)³¹ a analysé les enjeux spécifiques de la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues et posé la question du rôle que la santé publique devrait jouer en la matière. Si elle reconnaît que les mesures de prévention des risques individuels sont parmi les mesures nécessaires à mettre en oeuvre pour lutter contre le risque lié à l'usage de drogues, elle considère cependant qu'elles sont très limitées dans leur capacité à favoriser le changement sur un plus long terme. La prohibition des drogues de même que les conditions sociales précaires dans lesquelles plusieurs usagers-ères consomment ont des effets néfastes à la fois sur le travail de prévention et sur la réduction des pratiques à risque.

³¹ Ce texte fait une synthèse des écrits sur les enjeux de la prévention du VIH auprès des populations fortement marginalisées comme les usagers-ères de drogues, les personnes qui ont des activités prostitutionnelles et les personnes incarcérées. Il a également l'avantage de tenir compte de la situation québécoise et montréalaise qui est l'objet de la présente thèse. Soulignons également que l'auteure a été impliquée comme expert de santé publique dans l'élaboration de la première phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, le Comité Sida-Québec, la création et le développement de CACTUS-Montréal et dans plusieurs autres activités de prévention du VIH auprès de ces populations spécifiques (SurvUDI, évaluations de CACTUS-Montréal, etc.).

En effet, selon cette auteure, les usagers-ères de drogues, les prostituées et les prisonniers ont en commun le fait d'être marginalisés et d'être fréquemment la cible de discrimination, de négligence de même que l'objet de traitements punitifs. Cette situation entrave selon elle la prise en charge individuelle et collective du changement social nécessaire à la prévention du VIH (Hankins, 1997, p. 237).

S'il existe plusieurs facteurs «individuels» qui favorisent le partage du matériel d'injection (coutume dans le milieu, manque d'habiletés, fréquence des injections, etc.), les conditions clandestines d'usage de drogues liées à la prohibition contribuent considérablement à favoriser la vulnérabilité aux risques, sur plusieurs plans : les usagers-ères se déplacent souvent sans leur matériel de crainte de se faire arrêter, les piqueries constituent un lieu favorable au partage du matériel d'injection, le marché illicite est un lieu de dépendance à l'égard du crime organisé, etc.

De plus, la répression aurait comme effet d'entraîner les producteurs et les consommateurs à faire preuve de plus d'efficacité, tant sur le plan local qu'international. Les drogues obtenues par des procédés très élaborés comme l'héroïne et la cocaïne sont plus rentables et faciles à cacher au moment du trafic que l'opium et la pâte de coca. La fabrication clandestine entraîne par conséquent un changement dans la nature des produits offerts sur le marché et les méthodes de consommation. Les méthodes les moins dangereuses comme celles de fumer la drogue sont abandonnées au profit de méthodes plus dangereuses, comme l'injection. Il en va de même de l'absence de mécanismes de contrôle du coût des drogues liés au marché illicite. Plus celui-ci augmente, plus les usagers-ères utilisent l'injection comme mode de consommation, de façon à obtenir l'effet maximal pour le prix payé. Il est estimé que l'effet obtenu par l'injection d'héroïne est trois fois supérieur à l'effet obtenu lorsqu'elle est fumée, de telle sorte que l'injection tend à devenir un mode de consommation de plus en plus

répandu (Hankins, 1997, p. 243). En résumé, le contexte illicite dans lequel les drogues sont produites et consommées constituent en soi des conditions qui favorisent la vulnérabilité au risque et la transmission du VIH.

Dans ces conditions, si les programmes de prévention auprès des usagers-ères de drogues axées sur l'accès au matériel d'injection, l'éducation sanitaire, le counselling, le dépistage, etc. ont montré qu'ils avaient une influence certaine sur la réduction des risques, le problème de l'illégalité des drogues et de leur légalisation constitue un enjeu majeur pour la santé publique en matière de lutte contre le VIH.

La question de l'illégalité des drogues doit être hissée au rang d'enjeu en matière de santé publique et non plus être perçue comme un obstacle qu'il faut contourner. Il s'avère urgent d'explorer la légalisation des drogues, non pas leur distribution et leur utilisation sans restriction, mais une légalisation sous forme de réglementation permettant un contrôle gouvernemental de la qualité et de la distribution des substances, analogue à celui déjà en place pour l'alcool et le tabac. [...] La réaction de nos sociétés à ce phénomène, fondée sur la peur et la discrimination, ne nous permet pas d'élaborer de véritables plans de prévention du sida qui soient capables de freiner la propagation du VIH et de limiter les effets négatifs de l'épidémie de sida (Hankins, 1997, p. 244).

De plus, puisque le changement de comportement ne se manifeste pas dans le vide, Hankins considère que les actions orientées vers les individus auront un impact limité tant et aussi longtemps que les conditions qui offrent aux usagers-ères de drogues un soutien économique, politique et social nécessaire au changement ne seront pas réunies. La réduction des risques est plus grande lorsqu'on agit sur les processus sociaux

ou sur les conditions socio-économiques³² qui favorisent la vulnérabilité aux risques que lorsqu'on ne vise le changement d'attitudes individuelles (Hankins, 1997, p. 244).

Le comportement individuel ne se manifeste pas dans le vide : il se produit et est influencé par un environnement social qui lui fournit son contexte. Le National Research Council des États-Unis (Turner, Miller & Moses, 1989) a déclaré que les UDI, ainsi que les autres groupes à risque pour le VIH, réagissent favorablement aux conditions auxquelles l'ensemble des gens réagissent bien, à savoir des conditions qui leur offrent un soutien économique, politique et social. En fait, l'encouragement au changement de comportement chez l'individu UDI est voué à n'avoir qu'un impact limité s'il ne s'accompagne pas de stratégies qui tiennent compte des conditions environnementales dans lesquelles on peut s'attendre à ce qu'un changement de comportement puisse se produire. Il est donc nécessaire non seulement de bien comprendre les racines sociales de l'injection de drogue ainsi que l'impact de la marginalisation et de la stigmatisation sur les UDI, mais aussi toute la construction sociale menant à la toxicomanie, à l'utilisation de drogue, au partage de seringues, que ce soit dans la population toxicomane ou dans l'ensemble de la société (Hankins, 1997, p. 248).

Par conséquent, pour l'auteure, la réponse de la santé publique face au danger d'épidémie chez les populations les plus marginalisées comme les usagers-ères de drogues et les individus qui font de la prostitution ne doit plus se limiter à la prévention

³² Bien qu'il existe peu d'information sur les conditions sociales des usagers-ères de drogues, les données recueillies par le réseau SurvUDI tendent à montrer qu'une forte proportion d'entre eux vivent au bas de la hiérarchie sociale. Par exemple, sur les 1 105 usagers-ères de drogues rencontrés en 2003-2004, 47,7% n'avait pas obtenu un diplôme d'études secondaires, 32,8% avait obtenu un tel diplôme, 10,3% avaient un diplôme d'études collégiales et seulement 9,2% avaient obtenus un diplôme d'études universitaires (INSPQ, 2005). Ainsi, une forte majorité des usagers-ères de drogues rejoints par les dispositifs de surveillance ou de lutte contre le VIH se retrouvent au bas de la hiérarchie sociale et/ou sont désaffiliés des réseaux habituels d'insertion sociale (travail, éducation, famille, etc.).

des risques individuels. Le contexte législatif qui entoure l'usage de drogues doit être réexaminé à la lumière de son incapacité à répondre aux problèmes associés à l'usage de drogues et la santé publique doit agir afin d'ouvrir le débat sur les grands enjeux structurels, politiques et légaux à la base des conditions qui favorisent la transmission du VIH.

Le contexte législatif qui entoure l'utilisation des drogues devrait être réexaminé à la lumière de son incapacité à répondre aux problèmes individuels et sociaux associés à la drogue, en particulier au problème de l'infection par le VIH. Il en va de même pour le contexte légal et social dans lequel se déroule la prostitution dans la majorité des pays du monde. Pour être efficaces, les réponses données par les responsables de la santé publique en réaction à l'épidémie de VIH chez les UDI, les prostituées et les prisonniers ne doivent pas se limiter à encourager la réduction des risques chez les individus. Elles doivent aussi stimuler le débat et le changement social et préconiser que les conditions favorisant la transmission du VIH fassent l'objet de changements structurels, politiques et légaux. L'incapacité de faire face à ces conditions sous-jacentes se traduira, en fin de compte, par l'éclosion d'un nombre incalculable d'infections au VIH qu'il aurait été possible de prévenir et qui s'ajouteront à la myriade de problèmes sociaux déjà engendrés par une inaction dénotant une absence de vision (Hankins, 1997, p. 264)

Bref, si les actions de prévention des risques individuels auprès des usagers-ères de drogues et des personnes ayant des activités de prostitution ont montré une certaine efficacité, les lois prohibitionnistes de même que les conditions de précarité sociale d'un grand nombre d'entre eux constituent des conditions qui favorisent la vulnérabilité au risque, qui limitent l'impact des efforts réalisés en matière de lutte contre le VIH auprès de ces populations. La prévention des risques individuels est une avenue limitée pour contrôler l'épidémie du VIH. La réponse de la santé publique ne doit pas s'y limiter. La santé publique doit agir dans le but de favoriser le débat autour des changements

structurels, politiques et légaux nécessaires pour que les populations les plus marginalisées et les plus précarisées (dont les usagers-ères de drogues) soient, comme la majorité des individus, dans des conditions pour adopter des comportements sécuritaires face au risque d'infection et de transmission que représente le VIH. Ce rôle est conforme au mandat des agences de santé publique qui est d'agir pour protéger la santé publique et est également conforme à ce qu'elles disent elles-mêmes faire, c'est-à-dire la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

1.6 Question de recherche

Les écrits sur l'histoire de la santé publique ont permis de constater que les modes dominants de régulation sociale sont centrés sur la prévention des risques individuels et qu'ils tendent, depuis les années 1980, de plus en plus à réguler les pratiques à risque selon une logique d'autonomisation des populations à risque et de mobilisation des acteurs locaux. Ceux se rapportant aux enjeux épidémiques liés à l'apparition du VIH montrent que le contrôle de la propagation du VIH a été envisagé sous l'angle de la nécessité de mettre en place un dispositif de sécurité axé sur les populations locales et le développement de programmes locaux de prévention des risques individuels. De plus, la réponse de l'État québécois pour contrer le danger d'épidémie du VIH aurait été orientée sur la prévention des risques individuels, même s'il est reconnu par les experts de la santé publique eux-mêmes que ce type de prévention est limité et qu'il est nécessaire d'agir dans une perspective globale pour favoriser les changements structurels, politiques et légaux nécessaires à la réduction des conditions de vulnérabilité au risque, particulièrement auprès des populations les plus marginalisées comme les usagers-ères de drogues.

Dans cette perspective, la question de la recherche est la suivante: *quelles sont les logiques discursives par lesquelles la prévention des risques individuels et la RM se sont institutionnalisées au sein du dispositif de lutte contre le VIH et quel type de régulation sociale favorisent-elles?* Pour répondre à cette question, trois grandes étapes sont réalisées.

Premièrement, les écrits sur la RM sont analysés au chapitre 2, dont ceux sur la manière dont les concepts de pragmatisme et d'humanisme ont été définis dans le contexte québécois. Ceci vise à identifier l'espace discursif à l'intérieur duquel sont problématisés les problèmes associés à l'usage de drogues et l'action en direction des usagers-ères de drogues dans le contexte québécois.

Deuxièmement, les discours à travers lesquels la Stratégie québécoise de lutte contre le sida investissent l'objet *lutte contre le VIH* et le construisent comme objet de planification et de programmation étatique sont analysés au chapitre 5. L'analyse de ces discours vise à préciser le contexte spécifique dans lequel la RM se développe et, plus précisément, les conditions de possibilité auxquelles elle obéit.

Il est important de souligner ici que les discours de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida ne constituent pas la «cause» d'apparition de la RM. Cette dernière se développe au sein du dispositif de lutte contre le VIH pour répondre au danger d'épidémie lié à l'usage de drogues, donc en relation avec un enjeu de cet ordre. Il s'agit plutôt de situer le discours de RM en fonction de ses conditions de possibilité³³, c'est-à-

³³ Comme nous le verrons au chapitre 4, ceci est conforme à la définition du discours chez Foucault (2001h, 1997). Pour ce dernier, les discours ne sont pas que le reflet de la réalité et, par conséquent, le produit de conditions «objectives» ou de l'infrastructure sur la superstructure. Les discours sont des significations qui obéissent à des contraintes, c'est-à-dire à des conditions de possibilité (inclusion de certains énoncés et exclusion d'autres énoncés). Dans le cadre de la (à suivre...)

dire en relation avec les contraintes auxquelles il obéit dont on peut retracer les grandes lignes à travers la Stratégie québécoise de lutte contre le sida: manière de formuler la réponse au danger d'épidémie, de concevoir les cibles de la prévention, de construire l'objet de la prévention, etc. Autrement dit, si la RM apparaît pour contrer le danger d'épidémie du VIH, le discours qui la constitue comme approche de prévention des risques n'apparaît pas dans le vide, mais dans un univers des possibles dont les discours de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida permettent de tracer les contours. Il en est de même pour les discours de cette dernière dont les conditions de possibilité ou les contraintes auxquelles ils obéissent peuvent être retracés à travers l'histoire de la santé publique québécoise et la transformation des modes de régulation sociale dans ce secteur (cf. chapitre 1) de même qu'à travers les transformations des modes de régulation sociale au sein des États libéraux contemporains (cf. chapitre 3).

Troisièmement, les discours portant sur la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues sont analysés au chapitre 6. Ces analyses visent à identifier les enjeux spécifiques de lutte contre le VIH auprès de cette population, la place que la RM occupe à l'intérieur du dispositif de lutte contre le VIH et, conformément à la question de recherche formulée ci-dessus, quelle type de régulation sociale exerce-t-elle à l'intérieur de ce dispositif. Ces discours sont analysés et interprétés en relation avec la manière dont la Stratégie québécoise de lutte contre le sida problématise la lutte contre le VIH et nous tenterons de voir comment les discours portant sur les stratégies opérationnelles des plans d'action de prévention du VIH auprès de cette population dans la région de

³³(...suite)

présente thèse, si les discours se développent pour répondre à l'impératif du contrôle du danger d'épidémie, leurs conditions de possibilité sont retraçables à travers l'histoire de la santé publique, la transformation des modes de régulation sociale dans ce secteur comme au sein de l'État, les enjeux des réformes du système de santé, le développement de l'approche de promotion de la santé, etc.

Montréal-centre obéissent aux mêmes logiques discursives que celles de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

CHAPITRE 2

RÉDUCTION DES MÉFAITS :

UNE APPROCHE DE PRÉVENTION DES RISQUES INDIVIDUELS

Le présent chapitre analyse les enjeux à la base du développement de la RM et la manière dont les concepts de pragmatisme et d'humanisme sur lesquels elle repose ont été définis dans le contexte québécois. Il vise à identifier les grands enjeux à l'origine de la reconfiguration de l'intervention auprès des usagers-ères de drogues vers le secteur de la santé publique et à analyser la manière dont les concepts de pragmatisme et d'humanisme ouvrent un espace discursif à l'intérieur desquels sont problématisés les problèmes associés à l'usage de drogues et définis les actions de santé publique en la matière.

La première section retrace les enjeux inhérents au développement de l'approche de RM dans les écrits et la reconfiguration qu'elle réalise en matière de prise en charge des problèmes associés à l'usage de drogues. Le contexte d'apparition du concept de RM, le statut accordé à cette approche de même que son importance dans la reconfiguration de l'action auprès des usagers-ères sont analysés.

Les deuxième et troisième sections présentent les définitions données aux concepts de pragmatisme et d'humanisme dans un des premiers documents officiels publiés par le CPLT³⁴ et analysent comment ces concepts *ouvrent des espaces discursifs à l'intérieur desquels sont problématisés les problèmes associés à l'usage de drogues et l'action de santé publique (planification, programmation, intervention, etc.) en direction des usagers-ères de drogues*. La manière dont le pragmatisme individualise les cibles de l'action et celle dont l'humanisme constitue l'usager-ère de drogues en

³⁴ Nous nous référons à ce document ici car il présente à la fois une excellente synthèse des écrits et des différentes expériences de RM réalisés à travers le monde et fournit une lecture et une conceptualisation de cette approche de gestion des risques adaptées au contexte québécois. Il est la synthèse des études réalisées avant 1997 et constitue le cadre conceptuel de référence sur lequel s'appuient les documents du gouvernement du Québec qui ont une portée programmatique.

sujet responsable des risques est analysée. Pour Brisson, «ces principes et leurs caractéristiques délimitent les contours de l'approche de réduction des méfaits et en constituent, en quelque sorte, le tronc commun» (Brisson, 1997, p. 45). C'est donc sur l'espace discursif ouvert par la RM et les limites de cet espace que les analyses réalisées dans ces sections portent.

Nous montrons dans une quatrième section comment ces deux concepts s'articulent l'un et l'autre et favorisent un double processus d'individualisation des enjeux de la prévention et de re-socialisation de ceux-ci comme enjeux locaux.

2.1 Développement de la réduction des méfaits (RM)

Selon Diane Riley (1993, 1994), le concept de RM a vu le jour dans les années 1920 en Grande-Bretagne, suite aux recommandations du Comité Rolleston. Formé de médecins, ce comité considérait qu'il valait mieux fournir des drogues illégales pour que le toxicomane puisse continuer à mener une vie *utile*, plutôt que de le punir. Il constatait en même temps les limites des actions exigeant l'abstinence complète et considérait qu'il était plus approprié, dans certaines circonstances, de faire preuve de *tolérance*.

Si la RM³⁵ a pris au fil du temps des formes différentes selon les pays et les phases de son développement (Kubler, 2000; Hudebine, 2000a; Berridge, 1999, 1993; Riley, 1994; Riley *et al.*, 1999; Erickson, 1999), les écrits présentent généralement cette

³⁵ Plusieurs appellations sont utilisées pour décrire cette approche de prévention des risques individuels : réduction des méfaits, réduction des risques, minimisation des risques, etc. Toutefois, au Québec, c'est principalement le terme «réduction des méfaits» qui est utilisé. Ce terme, qui est une traduction de «harm reduction», est utilisé dans les documents officiels, chez les promoteurs de l'approche ainsi que dans le discours des intervenants-es.

approche d'intervention comme une approche alternative (troisième voie, voie du milieu, etc.) se situant entre la répression et l'injonction thérapeutique d'une part, et la légalisation et la normalisation (indifférenciée) de l'usage de drogues d'autre part. L'usage de drogues est présenté comme pouvant à la fois comporter des bienfaits et des méfaits et les politiques répressives ou coercitives n'ont non seulement pas réussi à atteindre l'idéal d'une société sans drogue et à réduire les problèmes associés à l'usage de drogues, mais elles ont, en plus des coûts exorbitants qu'elles engendrent, plus d'effets négatifs que d'effets positifs sur les individus et la société (Riley *et al.*, 1999; Brisson, 1997, 1995; Riley, 1993, 1994; Beauchesne, 1994).

Dans cette perspective, l'approche de RM ne remet pas en question le prohibitionnisme et ne réinterroge pas les conditions dans lesquelles les individus font usage de drogues (Carrier et Quirion, 2003). Elle propose une approche centrée sur la tolérance et sur la gestion des risques, plutôt que sur la coercition. Elle s'inscrit en ce sens en parfaite conformité avec les approches préventives et de promotion de la santé dominantes dans le secteur de la santé publique centrées sur les risques individuels et le «libre choix».

Pour Berridge (1993), l'apparition du VIH aura permis une reconfiguration de l'intervention destinée aux usagers-ères de drogues en l'inscrivant dans le courant de la «nouvelle» santé publique. Cette reconfiguration se caractériserait par le passage d'un mode de prise en charge centré sur *la clinique* et *l'exigence a-priori d'abstinence* vers un mode de prise en charge caractéristique de *la santé publique* et axée sur *la gestion des risques* ou, plus précisément, sur la gestion des populations à risque. Dans ce dernier mode de prise en charge, l'abstinence n'est pas exclue. Elle est posée comme une finalité à atteindre plutôt que comme une condition de base à l'assistance. Le

changement se situe donc plus au niveau du processus qu'au plan paradigmatique. L'abstinence demeure toujours un objectif à atteindre.

Ainsi, la RM introduit les problèmes associés à l'usage de drogues dans le registre de la gestion des risques (registre du palliatif). Si elle vise toujours la réhabilitation des usagers-ères de drogues, c'est à travers la mise en oeuvre de ressources à bas seuil d'exigence (programme d'échange de seringues (PES), maintenance à la méthadone, logement à bas seuil d'exigence, etc.) où l'usager-ère de drogues sera invité à se prendre en main, à court terme (réduire ses comportements à risque) comme à long terme (prendre les moyens de faire un usage approprié des drogues ou devenir abstinent).

Au Québec, la RM est présentée comme un ensemble d'actions destinées à améliorer la santé des usagers-ères de drogues (des UDI en particulier) qui ne peuvent ou ne veulent arrêter de consommer. La définition retenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) est celle proposée par Pierre Brisson, soit que «l'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage de psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les usagers-ères de drogues puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leur comportement» (Brisson, 1997, p. v; CPLT, 1999, p. 2). Elle peut ainsi être considérée comme une démarche de promotion de la santé collective (Brisson, 1997, 1996, 1992) puisqu'elle vise le renforcement de l'autonomie des personnes et des membres de son réseau social, plutôt que le contrôle de la demande de drogues.

Plus précisément, elle est présentée comme une approche de gestion des risques qui vise, en amont (prévention primaire), à éviter les comportements à risque de conséquences négatives associés à l'usage de drogues (éviter l'injection par exemple)

et, en aval (prévention secondaire et tertiaire), à réduire ceux porteurs de conséquences négatives comme telle (utiliser du matériel stérile d'injection par exemple), pour l'individu, les membres de son réseau social ou pour la société (Brisson, 1997; CPLT, 1999).

Cette approche de gestion des risques repose sur deux prémisses, soit l'idée de pragmatisme et celle d'humanisme. Le pragmatisme circonscrit les cibles de l'action alors que l'humanisme favorise la constitution des individus en sujet.

2.2 Pragmatisme et individualisation de l'action

Le concept de pragmatisme revient régulièrement dans les différents écrits sur la RM, notamment dans les différents énoncés de politique du gouvernement du Québec se rapportant à la toxicomanie ou à la prévention du VIH. Il constitue, avec celui d'humanisme, une des deux principales prémisses à partir desquelles les pratiques sociales de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues sont circonscrites. Si, comme nous le verrons dans la prochaine section, le concept d'humanisme porte sur le lien entre l'intervention et le sujet visé par celle-ci, celui de pragmatisme se rapporte au domaine de la planification et de la programmation d'actions visant des objectifs et des cibles prioritaires, en lien avec les connaissances existantes ou les savoirs dominants, la disponibilité des ressources, les possibilités d'atteindre des résultats à court terme, etc.

Le pragmatisme dans la RM repose sur l'hypothèse de la reconnaissance de l'universalité du phénomène de l'usage de drogues et sur l'importance, dans un contexte de danger d'épidémie du VIH, d'adopter une stratégie réaliste de réduction des risques, selon une hiérarchie d'objectifs allant du plus urgent (réduire les injections à risque

d'infection par le VIH à court terme par exemple) au moins urgent (promotion d'un autre mode de consommation que l'injection par exemple).

En effet, les tenants de la RM considèrent qu'il y a toujours eu des individus qui ont fait l'usage de drogues dans l'histoire, que l'élimination de cet usage est impossible et qu'il faut soutenir les individus dans la gestion des risques de conséquences qui y sont associés, plutôt que tenter d'enrayer ces risques, par la répression ou l'injonction thérapeutique. L'abstinence demeure une finalité potentielle et ce sont surtout les méfaits associés à l'usage de drogues qui sont visés à court terme.

Dans ces conditions, la RM ne pose plus le problème des risques associés à l'usage de drogues au plan des attributs du toxicomane (de sa psyché par exemple, comme c'était le cas dans la prise en charge par la psychothérapie) ou à celui des conditions de vulnérabilité au risque d'infection, mais au niveau de certains comportements dommageables liés à l'usage de drogues, en particulier à l'usage de drogues par injection dans un contexte à risque (épidémie, réseaux à risque, etc.) (Wojciechowski, 1998). Plus précisément, le pragmatisme peut être jugé en rapport aux conséquences pratiques immédiates que la prévention peut avoir sur le changement de comportements, sans nécessairement s'attarder aux enjeux qui favorisent la vulnérabilité aux risques (conditions de la consommation, histoire sociale, rapports sociaux de consommation, etc.).

Pour Brisson (1997), le pragmatisme dans la RM peut être défini comme une doctrine ayant comme postulat la pratique comme seule valeur de vérité. Trois grands principes le caractériseraient :

- «reconnaître la réalité de l'usage des drogues (illicites) comme une expérience et un comportement parmi d'autres expériences et comportements sociaux à risque,

plutôt que refuser l'usage de drogues comme une expérience et un comportement moralement et socialement inacceptables;

- . intervenir dans une perspective coûts/bénéfices, pour l'usager et son entourage, en s'attaquant aux conséquences négatives de l'usage tout en prenant en considération les conséquences positives (bienfaits), plutôt que d'intervenir dans une perspective idéaliste, pour l'individu et la société, en s'attachant à diminuer ou éliminer l'usage de drogues quoiqu'il en coûte;
- . intervenir à partir d'une hiérarchie d'objectifs de changement qui soient prioritaires socialement et réalistes pour l'usager, plutôt que prôner des changements radicaux ou irréalistes comme une société sans drogue ou l'abstinence rapide et obligatoire des consommateurs» (Brisson, 1997, p. 43).

Dans cette perspective, le concept de pragmatisme réalise un découpage sur au moins trois plans, correspondant aux trois principes qui le définissent : 1) *l'objet de la prévention*, 2) *le principe qui régit la prévention* et 3) *la finalité de la prévention*.

Le *premier* principe inhérent à la RM réfère à l'idée que la réalité de l'usage de drogues (illicites) est une réalité universelle avec laquelle il faut composer, par la tolérance (Brisson, 1997; CQCS, 1999). De plus, en considérant l'usage de drogues comme une expérience parmi d'autres expériences, ce principe réduit cette activité au rang d'expérience individuelle. L'usage de drogues n'est pas considéré comme une production sociale variable selon les époques et les sociétés, mais comme une activité reposant sur les réalités subjectives (désirs, choix individuels, etc.). Enfin, elle délimite

l'objet de la prévention aux comportements à risque, ceux-ci étant considérés comme un facteur de risque, notamment dans la transmission du VIH.

Ainsi, si la RM vise à normaliser l'usage de drogues en le considérant comme une réalité incontournable, elle limite l'objet de l'action à la réduction des comportements à risque et élimine du discours les actions visant à agir sur les conditions (structurelles, sociales, etc.) qui favorisent la vulnérabilité aux risques. L'action sur le comportement se présente comme la seule et unique forme de prévention efficace ou, pour reprendre une idée de Robert Castel, la «thérapie comportementale» est une technique de rectification pédagogique des conduites visant la conformité à des normes sociales acceptables ou tolérées, plutôt que le traitement ou la résolution de problèmes (Castel, 1981).

Si les interventions classiques auprès des usagers-ères de drogues (prise en charge par la médecine, la psychothérapie, etc.) étaient fondées sur une éthique de la guérison, le plus souvent centrée sur les attributs du toxicomane (sa psyché, sa personnalité, son histoire sociale, etc.) et sur la clinique³⁶, avec la RM, émerge une logique d'intervention visant la réduction des risques par la normalisation³⁷ des comportements d'une population constituée à risque sur la base d'une logique épidémiologique. Le

³⁶ Brisson (1997, 2000) montre que les approches psychosociales ont pris beaucoup d'importance dans le traitement des toxicomanies au Québec depuis le début des années 1960. Les modes d'intervention prédominants étaient essentiellement centrés sur les attributs des toxicomanes (psyché, personnalité, capacité d'adaptation, etc.). Ce n'est qu'à la fin des années 1980, suite à la menace du VIH que d'autres approches, comme la RM, vont se développer en dehors de la clinique, c'est-à-dire dans le secteur de la santé publique. Il se développe alors un nouveau mode de prise en charge des problèmes associés à l'usage de drogues axé sur la gestion des populations à risque dans leur milieu de vie plutôt que sur la demande de soins cliniques.

³⁷ Précisons ici, comme le souligne Massé (2003), que la santé publique procède rarement à la normalisation par coercition. Elle met plutôt de l'avant des actions de prévention visant l'intériorisation de la norme par les individus ou les groupes qui s'en écartent.

comportement est positivement considéré comme un symptôme et il sera traité comme le signe d'un risque de conséquences (méfaits) pour la santé.

De plus, le comportement n'est pas posé comme structuré par les rapports sociaux, mais comme un facteur de risque (modèles étiologiques de prédiction des comportements) présent chez l'individu. Pour Massé (2003), si la santé publique trouve sa légitimité en référence à une idéologie de la scientificité (logique scientifique/positiviste) qui postule qu'il est possible de produire des données objectives (prédiction de comportements) permettant la prise de décisions non biaisée, ces modèles fondés sur l'idée de certitude (objectivisme) ont, au plan politique, des effets de désocialisation des facteurs de risque :

L'épidémiologie et la santé publique ne doivent donc pas être dupes des enjeux politiques qui se cachent derrière l'absence de recul critique face aux indicateurs quantitatifs permettant de définir les facteurs de risque et les populations cibles. L'exercice du pouvoir en matière de santé publique repose sur des coefficients de régression, de détermination ou de corrélation qui pointent d'un doigt statistique les «variables» concernées. Ces coefficients servent «à établir les paramètres des politiques publiques en alimentant, tant les libéraux que les conservateurs, d'évidences “scientifiques” définissant qui se comporte bien ou mal, de même que les forces causales qui se cachent derrière les conduites» (Abott, 1992 : 79). Les facteurs sociaux, économiques et culturels, multiplexes et largement indéterminés, sont réduits à l'état de variables empiriques qui morcellent la réalité vécue en entités décontextualisées et positionnent ces «variables indépendantes» totalement en marge du cadre des rapports sociaux asymétriques qui déterminent la surexposition de certains sous-groupes à des environnements et à des conditions d'existence à risque pour la santé. Un tel savoir épidémiologique est susceptible de contribuer à dépolitiser et à désocialiser les rapports du citoyen à la maladie (Massé, 2003, p. 289-290).

En faisant du comportement à risque l'objet central de son action, la RM est conforme aux approches dominantes dans le secteur de la santé publique, soit des approches de prévention et de promotion de la santé fondées sur des modèles épidémiologiques de prédiction des comportements comme assise de l'adaptation de l'individu à son environnement. Elle part d'une prémisse selon laquelle le rapport des individus au risque ou à leur santé se constituait en dehors du politique et du social, comme si ce rapport à la santé ou au risque n'était que l'expression d'un choix libre et rationnel de l'individu constitué en sujet à risque par le savoir épidémiologique. Pour Anne M. Lovell (2001), ce qui est présenté comme un choix pour l'usager-ère de drogues dans la RM est en réalité une alternative brouillée, indéterminée, qui modifie son rôle en l'appelant à agir de façon réfléchie. Le travail de réduction des risques est délégué à l'usager-ère de drogues lui-même qui se doit d'ordonner ses pratiques en fonction du niveau de risque qu'on lui présente. Elle considère que la RM remplit les critères des sociétés post-disciplinaires qui minimisent les actions autoritaires sur les individus et les laissent gérer les risques de manière autonome (Lovell, 2001).

Le *deuxième* principe inhérent au concept de pragmatisme rend possible un tel réductionnisme comportemental. Sur la base de l'idée de s'attaquer aux conséquences négatives pour la santé de l'usage de drogues selon une rationalité utilitariste de type coût/bénéfice, pour l'usager-ère de drogues et son réseau social, ce deuxième principe ouvre la voie au développement d'une logique de prévention centrée sur la réduction des comportements à risque. En effet, il suppose, d'une part, l'existence d'un sujet désincarné socialement, c'est-à-dire l'existence d'un individu libre et rationnel capable d'adopter des comportements calculés et de réaliser des choix selon les normes sociales dominantes de prévention. D'autre part, il suppose le développement d'une logique de prévention qui, si elle vise la protection de l'usager-ère de drogues à l'égard des risques

existants dans l'environnement, tend à le responsabiliser dans la gestion des risques. Par conséquent, le risque n'est plus considéré de la responsabilité de la société, mais de la responsabilité d'individus libres, capable d'exercer des choix rationnels pour leur protection et celle de leur entourage immédiat. Pour Massé,

la lutte aux «comportements à risque» constitue le principal mandat de la nouvelle santé publique («New public health»). Cette lutte repose sur le postulat d'une logique utilitariste et économiste de type coût-bénéfice qui fait de l'individu moderne un être dédié à la maximisation du rendement de ses «agirs». Ce postulat de rationalité se trouve, d'ailleurs, au coeur des divers modèles d'éducation à la santé, fondés sur des postulats d'équilibre entre bénéfices à retirer et barrières aux pratiques préventives, de comportements planifiés, etc. (Massé, 1999, p. 165-166).

Les modèles théoriques de référence sont le modèle des croyances à l'égard de la santé («Health Belief Model»), celui de la théorie de l'action raisonnée et celui de la théorie de l'apprentissage social (van Campenhoudt, 1998; Moatti *et al.*, 1997, 1993; Bajos, 1997, 1995a; Bajos et Ludwig, 1995). Pour Brisson (1997), le modèle de l'apprentissage sociale a été au Québec un modèle précurseur à l'élaboration de l'approche de RM.

Dans leurs grandes lignes, ces modèles partent du postulat que la santé (ou l'infection par le VIH par exemple) constitue une des principales préoccupations des individus, que le sujet social est un individu rationnel et libre d'exercer des choix par rapport à la santé. Les écarts de comportements par rapport aux normes de prévention (absence de comportements à risque ou comportements à risque réduit) peuvent être expliqués selon une logique de calcul de type coût/bénéfice. C'est ce que van Campenhoudt (1998) appelle l'*homoeconomicus*, c'est-à-dire l'explication des

comportements à partir d'une rationalité de type économique : l'individu y est considéré comme pouvant gagner toujours quelque chose (plaisir, amour, etc.) qu'il paie un certain prix (temps, effort, risque d'être contaminé, etc.).

Pourtant, il est reconnu que la vulnérabilité aux risques et, plus précisément, la prise de risques ne relève pas, sauf en de rares exceptions, de choix rationnels³⁸. Pour Massé (1999) comme pour Delor et Hubert (2000), non seulement les choix ne sont pas rationnels, mais ils impliquent une relativisation, une certaine hiérarchisation que les sciences sociales peuvent contribuer à comprendre, en démontrant que les choix sont généralement influencés par des contraintes culturelles et sociales qui déterminent la valeur relative des diverses finalités poursuivies, la santé n'étant que l'une d'elles.

Dans la même perspective, plusieurs études (Delor et Hubert, 2000; van Campenhoudt, 1998; van Campenhoudt *et al.*, 1994; Delor, 1997; Bajos, 1997, 1995b, 1995a; Bajos et Ludwig, 1995) montrent en effet que l'exposition au VIH relève du rapport social existant entre au moins deux individus dans un contexte où le risque existe, c'est-à-dire dans un contexte d'épidémie potentielle, de fréquentation de réseaux à risque, etc. Ainsi, l'agir (au plan sexuel, d'usage de drogues, etc.) n'est plus situé en relation avec les caractéristiques d'un sujet supposé rationnel et libre d'exercer des choix, mais en relation avec des dimensions extrinsèques, que ce soit en relation avec l'interaction elle-même (le comportement considéré dans le rapport social) ou au contexte de l'interaction (l'interaction comme lieu de rencontre de trajectoires sociales différentes dans un contexte social et normatif spécifique).

³⁸ L'ordalie constitue par exemple une des formes des conduites à risque de certains individus (Le Breton, 1996). Toutefois, il est bien possible qu'il s'agisse d'un phénomène marginal. L'idée de défier sciemment ce risque est susceptible d'être portée par des individus «radicaux» qui cherchent à contester les modèles dominants de prévention, y voyant une forme de contrôle social de la sexualité (en particulier de l'homosexualité) ou de l'usage de drogues.

Comme le souligne Bajos (1997, 1995a), pour les auteurs-es de cette «nouvelle» approche, le risque est construit non pas uniquement du point de vue de la prise de risque ou du comportement à risque comme c'est le cas dans les approches de santé publique, mais du point de vue de l'exposition au VIH. L'interaction est non seulement centrale, mais elle est considérée comme un espace où se nouent des rapports sociaux et des transactions sociales, qui relèvent de la rencontre de position et de statuts sociaux et d'au moins deux logiques ou deux types de rationalités de gestion du risque.

Dans cette perspective, la principale critique adressée aux approches individuelles³⁹ est résumée par van Campenhoudt comme ceci : «les approches individuelles sont vaines, car elles tentent d'expliquer les comportements indépendamment de la relation même où ces comportements prennent place et dont ils constituent une composante» (van Campenhoudt, 1998, p. 72). Ainsi, les analyses fondées sur les caractéristiques des individus (explication des comportements par les caractéristiques descriptives des individus) ont non seulement rapidement montré leurs limites (Bajos, 1995b), mais elles tendent à construire un sujet à risque désincarné de la place qu'il occupe dans l'espace social (place dans la hiérarchie sociale, inégalités sociales, héritage social inégal, etc.) et qui structure son rapport aux risques.

Or, en ayant comme objectif de réduire les risques d'infection par le VIH en promouvant la maximisation du rendement des «agirs», la RM, comme les autres approches de prévention en santé publique, fait non seulement l'économie d'une analyse des enjeux reliés à la vulnérabilité aux risques, mais elle s'institue comme une entreprise

³⁹ L'*approche individuelle* tente d'expliquer les comportements par les caractéristiques descriptives des individus (connaissances, attitudes, croyances, vécu, etc.) alors que l'*approche relationnelle* tente de les expliquer par les caractéristiques de l'interaction (sa structure ou les règles de l'échange, sa dynamique ou ses transformations, sa place dans un système relationnel plus large, etc.) (van Campenhoudt, 1998).

de normalisation des comportements des populations ciblées par l'épidémiologie comme groupe à risque. Dans ces conditions, ce deuxième principe ou postulat inhérent au concept de pragmatisme a comme effet non seulement de constituer le sujet à risque ou protégé en un sujet libre et rationnel, mais il ouvre en même temps un espace de déploiement de programmes de prévention orientés vers la *responsabilisation* des individus, voire le déploiement d'actions (de prévention, de promotion, etc.) visant une soumission librement consentie aux normes de prévention axées sur le changement d'attitudes et de comportements. L'atteinte de ces objectifs de prévention par la mobilisation des populations à risque constitue le corollaire de ce principe caractérisant le concept de pragmatisme.

En effet, le *troisième* principe caractérisant le concept de pragmatisme suppose le développement d'intervention visant une *mobilisation* des usagers-ères de drogues dans l'atteinte des objectifs de santé publique, notamment le contrôle du danger d'épidémie du VIH. L'idée d'intervenir selon une hiérarchie d'objectifs de changement prioritaire socialement et réaliste pour l'utilisateur de drogues suppose le développement d'interventions favorisant l'atteinte d'un meilleur équilibre entre les priorités de santé publique (contrôle du danger d'épidémie, amélioration de la santé des populations, etc.) et les capacités d'adaptation à court terme (le danger d'épidémie exige l'atteinte de résultat à court terme) des usagers-ères de drogues, en particulier les groupes cibles identifiés comme à haut risque d'infection (quartier vulnérable, usagers-ères de drogues, etc.).

Dans la pratique, cet équilibre sera recherché par le développement de ressources de prévention de proximité, selon une double perspective : le développement d'intervention favorisant la stabilisation de la situation d'usage de drogues et l'atteinte de résultat à court terme (hiérarchisation des priorités), et le développement de

ressources à bas seuil d'exigence visant, comme nous le verrons dans la prochaine section, à pénétrer les milieux de vie des usagers-ères de drogues pour promouvoir le développement de leur potentiel d'auto-réalisation, comme personne à part entière.

L'idée d'agir selon une hiérarchie d'objectifs de changement réaliste pour l'usager-ère s'inscrit dans un processus d'intervention qualifié d'étapisme (CQCS, 1999) qui consiste à prendre l'usager-ère de drogues «là où il est dans sa consommation» (seuil d'exigence) et à intervenir sur un continuum d'intervention (prévention primaire, secondaire, tertiaire) complémentaire de manière à favoriser la stabilisation de l'usage de drogues ou la stabilisation des situations de vie⁴⁰ dans lesquelles les usagers-ères de drogues font usage de drogues (Brisson, 1997; CPLT, 1999; CQCS, 1999). Ce type d'action constitue un des principaux objectifs de changement proposé par les acteurs de la RM et il s'actualise par la mise en disponibilité des moyens de protection (seringues, matériel stérile d'injection, etc.) visant la réduction des comportements à risque, les traitements de maintenance à bas seuil pour la stabilisation de la fréquence de l'usage de drogues et la quantité consommée, la mise en place de sites ou de lieux d'injection assistée médicalement afin d'améliorer les conditions d'hygiène de l'injection et l'intervention psychosociale.

Ces mesures de RM, considérées par les acteurs de la santé publique comme étant des mesures réalistes pour l'usager-ère de drogues, visent la stabilisation des situations d'usage de drogues, c'est-à-dire la réduction des situations favorisant la «prise de

⁴⁰ Le concept de *situation de vie* doit être compris au sens littéral du terme, c'est-à-dire comme l'ensemble des circonstances immédiates dans lesquelles un individu vit et agit, et sur lequel il n'a qu'un contrôle relatif. Par le fait même, le concept de situation de vie réfère aux composantes de la vie quotidienne. On verra au chapitre 5 que les «situations de vie» se rapportent dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida aux dits «multiples besoins primaires» des individus.

risque», pour reprendre ici un concept propre au discours épidémiologique. Elles proposent un discours minimaliste sur les réalités (sociales) qui entourent la vulnérabilité aux risques, en réduisant l'espace d'intervention ou d'action au court terme. De plus, et c'est l'enjeu le plus important, par la stabilisation à court terme de la situation d'usage de drogues, la RM présente le sujet usager-ère de drogues comme étant le seul responsable de ses comportements (nous travaillons sur la situation d'usage et l'usagers-ères de drogues a la responsabilité dans ce contexte d'adopter des comportements sécuritaires) et tend à le mobiliser pour qu'il s'engage lui-même dans un processus de sortie des conditions qui le rendent vulnérable aux risques. Il n'en tient qu'à lui de se prendre en charge pour sortir de la marge, au risque que s'accroisse une stigmatisation générée par les lois prohibant toute forme d'usage de drogues non assisté médicalement.

Bref, le concept de pragmatisme fait du comportement l'élément clé de la gestion ou de la réduction des risques. Par conséquent, l'espace potentiel de prévention est réduit au développement d'une programmation d'actions visant l'adaptation des individus à un environnement à risque d'infection par le VIH. De plus, elle présente le sujet à risque selon une logique caractéristique de l'individualisme méthodologique, soit comme un sujet rationnel, capable d'exercer des choix raisonnables selon une logique utilitariste de type coût/bénéfice. En ce sens, la responsabilisation des individus constitués en populations à risque constitue le principe inhérent devant guider le développement des actions de prévention. Enfin, la recherche d'un meilleur équilibre entre les objectifs de santé publique et les capacités d'adaptation des usagers-ères de drogues vise la mise en place d'action de soutien social favorisant leur engagement et leur mobilisation dans la gestion des risques sanitaires.

2.3 Humanisme et constitution des individus en sujet

Le deuxième concept à la base de la philosophie de la RM est celui d'humanisme. Il réfère à l'idée de mettre en oeuvre des mesures visant à rejoindre les usagers-ères de drogues en «difficulté» dans leur milieu, de rendre accessibles les soins et les services dont ils ont besoin, de respecter leur «choix» de consommer, de favoriser le respect de leurs droits ainsi que leur capacité à prendre des décisions et à se prendre en charge. Pour Brisson (1997), l'humanisme dans la RM peut être défini comme une philosophie qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement. La devise est que l'usager-ère de drogues est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen-ne.

De plus, pour les tenants de la RM, l'humanisme ne se réduit pas à un simple énoncé ou à une idéologie quelconque. Il doit prendre forme dans un contexte qui vise l'efficacité concrète (le pragmatisme tel que nous l'avons énoncé ci-dessus) et s'appuyer sur l'observation de réalités concrètes, identifiables et mesurables comme point de départ à toute action et, en particulier, sur l'expérience subjective de l'individu (son vécu, les besoins exprimés, etc.) et son rapport au milieu d'appartenance immédiat (réseau social, quartier, «communauté locale», etc.). L'expérimentation de réponses empiriques et, en particulier, les lieux d'action où prennent naissance les événements devient le précepte de base et, de ce fait, le travail de proximité constitue la pierre angulaire dans la mise en oeuvre des mesures de RM (Bastien *et al.*, 2001; Bastien, 2002). Pour Brisson (1997), ce concept repose dans la RM sur trois grands principes :

- . «aller à la rencontre des usagers, là où ils sont (outreach), plutôt que attendre ou exiger des usagers qu'ils viennent vers les institutions en place;

- offrir aux usagers une variété de ressources, en termes de «portes d'entrée» (seuils d'accès) et d'opportunités de changement, qui correspondent à leurs besoins, plutôt que proposer un cheminement normatif auquel tous doivent s'adapter;
- favoriser l'implication des usagers et le respect de leurs droits et libertés dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'auto-support, plutôt que confiner les usagers à un rôle passif, dans des démarches directives ou imposées» (Brisson, 1997, p. 45).

Premièrement, à la différence des autres modes d'intervention basée sur l'assistance et le libre choix, le travail d'«outreach»⁴¹ a la caractéristique de pénétrer les milieux de vie pour promouvoir l'utilisation des ressources, en particulier auprès des individus marginalisés ou vivant dans des conditions de précarité sociale.

La référence au principe de proximité sociale n'est pas nouvelle dans le secteur de la santé publique. En effet, pour Wojciechowski (1998, 1997b, 1997a), il est à la base du mouvement hygiéniste, doctrine se constituant en rupture, à la fin du XIX^e siècle, au mouvement aliéniste (modèle asilaire) et qui vise au premier plan la conservation de la vie et la santé des populations dans leur milieu. L'idée de prophylaxie et la mise en place de dispensaires au début du XX^e siècle constituent la deuxième grande phase de développement du mouvement hygiéniste (Wojciechowski, 1998, 1997a) et ce qu'il est convenu d'appeler la «nouvelle» santé publique (le «New Public Health») prendra place dans différents pays (comme au Canada) dans le courant des années 1950 et 1960

⁴¹ Le terme «outreach» réfère aux actions réalisées pour encourager les gens à profiter des ressources.

jusqu'à aujourd'hui. Trois grands objectifs sont, selon l'auteur, visés par le mouvement de l'hygiénisme social et mental.

Le premier objectif est l'éducation du peuple et, pour cela, il faut aller vers ceux qui sont prédisposés à avoir des problèmes de santé pour leur imposer les règles de l'hygiène (mentale, sociale, sexuelle, etc.) :

L'éducation du peuple doit être entreprise méthodiquement : de même que l'on donne la chasse aux logis malsains dans lesquels se complaît l'ouvrier, de même que l'on traque le buveur dans le cabaret où il s'attarde, de même il faut imposer aux masses les règles de l'hygiène mentale. Le prédisposé ne viendra pas spontanément à nous; nous devons aller à lui. Les consultations externes de psychiatrie, telles qu'elles existent actuellement, ne s'adressent qu'aux psychopathes et non aux prédisposés. L'exemple de la lutte antituberculeuse et de la lutte antivénérienne prouve l'utilité de la création de dispensaires : le seul agent de prophylaxie, le seul préventorium, c'est le dispensaire (Wojciechowski, 1997b, p. 54-55).

Un deuxième objectif est d'offrir, par les dispensaires, un lieu de collecte de renseignements sur les usagers-ères et sur leurs conditions de vie, un lieu de prescription⁴² thérapeutique et prophylactique formulée par le médecin du dispensaire de même qu'un lieu favorisant le relais avec la clinique ou, à l'époque, les laboratoires de psychopathologie (Wojciechowski, 1997b). Le dispensaire, comme par exemple les organismes communautaires de prévention du VIH maintenant, constitue un lieu pour la surveillance épidémiologique et la prévention.

⁴² Le terme de *prescription* réfère à l'idée de recommandations ou d'ordonnance aux individus (adoption de comportements sains, de saines habitudes de vie, etc.). En ce sens, il réfère davantage à l'idée de *devoir* du *bon citoyen-ne* envers sa santé. Il doit être compris différemment de celui de *proscription* qui réfère davantage à l'idée d'interdits, que ceux-ci fassent ou pas l'objet de sanction.

Un troisième objectif était d'organiser les dispensaires suivant les principes du service social ; celui-ci est vu comme une méthode d'individualisation de l'assistance ou, plus précisément, comme une méthode de normalisation des conduites à l'égard de l'hygiène et de la santé : «Les Américains ont créé des «social workers», des assistantes sociales, dont le rôle est de pénétrer dans les diverses collectivités : famille, école, atelier, prison, etc. La pratique a démontré la nécessité de spécialiser des assistantes psychiatriques, ce qui a conduit à la constitution d'un service social psychiatrique» (Wojciechowski, 1997b, p. 55). Le service social comprend à cette époque des actions en direction des milieux de vie et la normalisation des conduites d'hygiène sociale : visites à domicile, dans les écoles, les lieux de travail, etc. Elles visent les individus dont les pratiques représentent un danger pour eux-mêmes et les membres de leur environnement et elles portent sur différentes problématiques : santé mentale, prévention du suicide, de la toxicomanie, etc.

Ainsi, si les services d'hygiène ont historiquement été développés pour favoriser la liaison entre le milieu de vie et les ressources de «droit commun», leur contrepartie est d'exercer un plus grand contrôle sur les individus en rapprochant les ressources de leur milieu de vie. Comme nous l'avons vu précédemment, ce sont les USC qui ont rempli ce rôle au Québec, dès les années 1920. Le travail de proximité n'est donc pas un phénomène nouveau, spécifique à la société contemporaine. Il s'est développé dès la fin du XIX^e siècle pour répondre aux exigences de l'industrialisation et de l'urbanisation, dans un contexte de libéralisme triomphant. Les CLSC et les organismes communautaires les ont aujourd'hui remplacé et, dans les deux cas, des interventions sont réalisées dans différents milieux de vie : centre d'accueil, service à domicile, dans la rue auprès des populations itinérantes, etc. Ce type d'intervention, promu dans l'approche de RM, soulève une double interrogation.

D'une part, comme le montrent Bastien *et al.* (2001), le travail de proximité associé à l'effort de prévention du VIH et, en particulier, le travail de rue ou l'«outreach», est présenté dans les écrits comme une pratique incontournable car il est considéré comme étant le seul et unique moyen d'accéder aux espaces de vie des individus les plus à risque, notamment dans les milieux criminalisés fréquentés par les usagers-ères de drogues (piqueries, piaule, bar, parc, etc.). Il tire sa légitimité dans le fait que les populations à risque (vivant dans des conditions de précarité sociale) sont difficilement rejoignables autrement, en particulier parce qu'il est reconnu que la marginalisation et la stigmatisation des usagers-ères de drogues de même que la précarité sociale d'un certain nombre d'entre eux constituent des obstacles importants à l'accessibilité aux services réguliers de santé (Joubert, 1998, 1995).

Le travail de proximité est généralement défini comme une ressource intermédiaire visant à établir des ponts ou des relais entre les ressources de «droit commun» et les usagers-ères précarisés et marginalisés qui n'y ont pas accès. Il a été développé, en prévention du VIH, dans un contexte de prolétarianisation⁴³ de l'usage de drogues à partir des années 1980 pour répondre à un problème que les ressources de «droit commun» peuvent difficilement résoudre. En effet, il est reconnu en santé publique que les ressources à haut seuil d'exigence sont inaptes à répondre à ce nouveau problème que constitue le contrôle du danger d'épidémie du VIH. L'incapacité d'éradiquer le phénomène d'usage de drogues, celle de rejoindre les populations les plus à risque d'infection, celle de réduire, à court terme, les comportements à risque associés

⁴³ Pour Robert Castel (1994a, 1992) et Elisabeth Jacob (1996), l'usage de drogues n'est plus, à partir des années 1980, un phénomène lié exclusivement au phénomène contre-culturel ou contestataire des années 1960-1970, mais aussi une réponse des classes populaires à un certain «mal être» lié aux effets de la crise économique et à la fragilisation du lien social.

ainsi que celle de dégager des alternatives efficaces de réduction des conditions de vulnérabilité aux risques sont parmi les principales limites répertoriées.

Toutefois, selon Robert Castel (1981), l'intervention de proximité ou de secteur, en psychiatrie ou dans d'autres domaines, ne se développe pas sans conséquence sur le respect de la «liberté de choix» des usagers-ères, sans qu'il y ait un danger que les interventions réalisées deviennent un exercice de contrôle social des populations jugées déviantes, celles-ci se développent dans un espace politique qui impose ses propres exigences et ses propres logiques. En plus des dangers d'étiquetage et de stigmatisation liés à toute intervention de santé publique visant des populations cibles (Massé, 2003), l'action réalisée dans les milieux de vie peut avoir des effets néfastes importants sur les individus si, comme nous l'avons souligné dans la section précédente, elle vise plus la responsabilisation des populations ou des milieux ciblés que l'amélioration de leurs conditions d'existence ou de vulnérabilité. De plus, comme le souligne Élisabeth Jacob (1996) dans son analyse des ressources de proximité à bas seuil d'exigence en France, les effets pervers des interventions de proximité peuvent être très importants lorsque les individus les plus défavorisés ne parviennent pas à accéder aux ressources de «droit commun» ou à sortir de leurs conditions de vulnérabilité, car elles risquent de devenir une forme de «contrôle social» orientée vers la *neutralisation* des individus, plutôt que de constituer un levier favorisant la sortie de la marge.

D'autre part, l'intervention de proximité vise la production d'un individu conscientisé aux normes dominantes de prévention ou de santé publique. Ses effets seront plus ou moins prononcés selon que les intervenants-es réussiront à pénétrer le milieu de vie des individus marginalisés et précarisés, selon le lien de confiance qu'ils réussiront à établir et selon les ressources sociales dont disposent les individus pour se conformer aux normes de prévention et de santé publique. Toutefois, la santé publique

ne vise pas uniquement l'encadrement des attitudes et des conduites (la discipline) des individus, mais le développement de leur capacité d'auto-discipline, au-delà de leurs conditions d'existence :

La santé publique cherche à transformer la conscience des individus de façon qu'ils aient un meilleur contrôle sur eux-mêmes. Elle leur propose des normes auxquelles ils se conformeront volontairement. La santé publique transfère alors les prescriptions de contrôle des comportements et habitudes de vie à l'individu qui s'autodiscipline et, parfois, est invité à devenir un relais de l'autorité en tentant de discipliner son entourage (Massé, 1999, p. 163).

On peut dans cette perspective présumer que le travail de proximité, tel qu'il se développe dans le secteur de la prévention du VIH depuis les années 1980, prend la forme des modes dominants de régulation sociale caractéristique de l'État libéral néo-disciplinaire, soit un mode de régulation axé sur la stimulation de l'autonomie et la production de l'individu contemporain comme gestionnaire de sa propre vie (Ehrenberg, 2001).

Le *deuxième principe* inhérent au concept d'humanisme présente l'intervention de RM en ce sens. Il porte sur l'idée que le développement des interventions doit être pensé sur la base de répondre aux besoins des différentes catégories de personnes⁴⁴, en termes de seuils d'accès aux ressources et d'opportunités de changement. Ainsi, le changement n'est pas conçu en référence aux plus ou moins bonnes conditions

⁴⁴ Chez les tenants de la RM, la notion de *personne* est utilisée pour parler des usagers-ères de drogues. Elle fait référence à l'être humain considéré dans son individualité, sa spécificité ou sa singularité. Précisons que, dans cette philosophie humaniste, elle n'est pas utilisée par hasard. Elle vise le développement du potentiel des individus, donc des interventions sur le capital humain plutôt que sur le capital social, entendu ici comme ressources (capital économique, culturel, symbolique, etc.) disponibles dans le réseau social (Bourdieu, 1980).

d'existence liées à la place occupée dans l'espace ou dans la hiérarchie sociales, mais selon une logique de satisfaction des besoins pressentis. Ce principe établit la primauté de la personne comme point de départ de l'intervention. Cette dernière n'est plus pensée en fonction des conditions nécessaires au changement social, mais en fonction d'un objectif de dynamisation du *soi* dans le processus de changement ou d'auto-réalisation (assistée) de la personne axé sur le développement de son potentiel.

Ce principe inscrit la RM dans le registre de la psychologie humaniste. En effet, comme le souligne Robert Castel, la psychologie humaniste (rogerienne en particulier) s'est développée dans les années 1950 en retenant un certain nombre de préceptes de la psychanalyse, dont celui de «travailler» les dysfonctionnements plutôt que de chercher la guérison ou la résolution de problèmes. L'intervention n'est plus pensée en fonction de ce qui est bon ou mauvais, mal ou bien, donc en fonction d'une différenciation entre le normal et le pathologique, mais en fonction d'un travail sur la normalité, c'est-à-dire un travail sur le développement des capacités personnelles (intrinsèques, innées, de coopération, etc.)⁴⁵. Ainsi, le travail de transformation de soi qu'elle instaure n'est jamais achevé, de telle sorte qu'il devient possible, dans cette nouvelle culture psychologique,⁴⁶ d'intervenir indéfiniment (Ehrenberg, 2001; Castel, 1981). La

⁴⁵ Il est important de souligner ici qu'en considérant l'usage de drogues comme un phénomène universel, ayant des conséquences positives comme négatives sur les usagers-ères de drogues, la RM établit non seulement une rupture par rapport aux autres modes d'intervention axés sur l'abstinence (injonction thérapeutique, répression, etc.), mais elle tend à le normaliser. Ainsi, elle sort l'usage et l'usager-ère de drogues de la dichotomie normal-pathologique et l'introduit dans le registre du normal. Par conséquent, ce sont les comportements à risque ou protégés qui deviennent l'enjeu de différenciation entre le normal et le pathologique ou, plus précisément, les groupes dans lesquels les individus ont le plus de comportements à risque.

⁴⁶ S'il existe plusieurs approches, cette nouvelle culture psychologique, pour une bonne part d'orientation humaniste, s'est développée sous l'influence des valeurs véhiculées par la contre-culture des années 1960 : critique de l'autorité et des hiérarchies, culte de la spontanéité, de (à suivre...)

recherche d'une vérité concrète (expérience empirique, vécu de la personne, etc.) et la dynamisation de soi constituent le fil directeur du processus d'intervention visant le développement du plein potentiel de la personne et de ses capacités relationnelles.

Les nouvelles thérapies témoignent ainsi du fait qu'il est possible d'instrumentaliser la subjectivité et l'inter-subjectivité par des interventions extérieures. Elles promeuvent une vision de l'homme par laquelle il se conçoit lui-même comme un possesseur d'une sorte de capital (son «potentiel»), qu'il gère pour en extraire une plus-value de jouissance et de capacités relationnelles. Il y a en somme des individus sous-développés et en voie de développement, comme les technocrates le disent des pays du tiers-monde. Et, pour se développer, il faut littéralement investir et travailler, faire fructifier son potentiel humain (Castel, 1981, p. 170-171).

Dans cette perspective, la résolution des problèmes vécus passe d'abord et avant tout par un travail sur le capital humain. Les problèmes ne sont pas posés dans ce type d'intervention en relation avec les effets de la place occupée dans la hiérarchie sociale sur l'individu (ses attitudes, ses comportements, ses relations, etc.), mais comme le résultat d'un sous-développement personnel qu'il faut enrayer à l'aide d'une programmation de techniques visant l'auto-réalisation du sujet. Ce dernier devient dans cette nouvelle culture psychologique l'objet d'interventions concernant le développement de son propre potentiel (travail sur soi) et de ses capacités relationnelles (sociabilité fondée sur l'intersubjectivité) pour combler un déficit (usage de drogues comme handicap social par exemple) associé à une existence caractérisée par la précarité sociale.

⁴⁶(...suite)

l'authenticité, de la non-directivité et de la convivialité informelle (Castel, 1981, p. 165).

Il est important de souligner ici que la RM favorise un remodelage des discours sur les individus qui font usage de drogues. En effet, du toxicomane dépendant, souffrant, etc. on passe au concept d'usager-ère de drogues pour désigner celui qui consomme, mettant dans la même catégorie l'usager-ère de drogues faisant un usage modéré de drogues et celui ayant développé des problèmes de dépendance importants et dont les systèmes de vie sont susceptibles de se structurer autour de la consommation (Castel, 1994a, 1992). De plus, la toxicomanie n'est plus envisagée comme un problème qu'il faut guérir, mais comme un handicap social (Castel, 1981) qu'il faut gérer, que ce soit en rendant accessible le matériel d'injection (seringues, tampons, etc.)⁴⁷, les traitements bio-médicaux à bas seuil d'exigence (maintenance à la méthadone, sites d'injection, etc.) ou des activités de promotion de la santé et d'adaptation sociale (techniques d'estime de soi, d'«empowerment», etc.). Ainsi, se réalise le passage d'un discours social où la toxicomanie est construite comme une maladie ou un trouble d'apprentissage à un discours centré sur l'idée de handicap social, voire à l'institutionnalisation du toxicomane «chronicisé» qui non seulement porte son nouveau stigmat, mais remplit une fonction nécessaire à la mise en place des nouveaux modes de régulation.

Ce travail d'intervention sur la personne (sur soi et ses capacités relationnelles) est en lien étroit avec le *troisième principe* inhérent au concept d'humanisme dans la

⁴⁷ Si la distribution du matériel d'injection ne constitue pas en soi une technique d'intervention, le fait qu'elle soit utilisée comme moyen pour avoir accès au milieu de vie ou de fréquentation des UDI constitue un acte de conversion d'une pratique d'accessibilité en une pratique d'intervention. Elle sera donc considérée comme une technique d'intervention lorsqu'elle est utilisée comme moyen de pénétrer le milieu de vie ou de fréquentation des UDI pour intervenir. Il en sera de même pour les interventions visant l'injection à risque réduit puisqu'elles visent à transformer les rituels d'injection selon les normes de prévention ou les modèles de réduction des risques dominants dans le secteur de la santé publique.

RM. En effet, ce principe est défini en référence à l'idée que l'intervention doit favoriser l'implication des usagers-ères de drogues et le respect de leurs droits et libertés (individuelles) dans les démarches de changement, plutôt que de les confiner à un rôle passif. Le développement de mesures favorisant l'auto-organisation et l'auto-support (dans des groupes locaux, des organismes communautaires, les «communautés locales», etc.) est promu.

Ce principe s'inspire de la philosophie de l'action communautaire⁴⁸ dont un des objectifs est la participation des usagers-ères dans l'élaboration des stratégies de changement et leur implication dans leur mise en oeuvre. Si ce travail d'action communautaire est perçu dans le milieu de l'intervention sociale comme une forme de démocratisation de l'intervention, il suppose néanmoins le développement d'interventions visant un travail sur le relationnel⁴⁹ et, plus précisément, un travail dirigé vers la création de nouvelles sociabilités basées sur le groupe ou les réseaux de

⁴⁸ Analysant les différentes expériences de RM réalisées dans divers pays, Brisson (1997) montre que le travail hors des institutions officielles, avec et par les usagers-ères de drogues, a été une des principales formes de développement des expériences locales de RM. D'autres études réalisées dans différents pays d'Europe montrent le même phénomène, même si les enjeux reliés à leur développement sont variables d'un pays à l'autre, en particulier selon le type de politiques des drogues, la forme que prennent les interventions de santé publique et les différentes initiatives locales (Kübler, 2000; La Ruche, 2000; Joubert *et al.*, 1999; Joubert, 1998; Morales et Morel, 1998a, 1998b; Gourmelon, 1997; Fischer, 1994; Kübler, 1993).

⁴⁹ Pour Castel (1981), le développement de la nouvelle culture psychologique se caractérise notamment par l'élargissement et la réinjection des techniques thérapeutiques dans les professions de la relation (éducateurs-trices, travailleurs-es sociaux, enseignants-es, animateurs-trices, vendeurs-es, etc.) et par le déploiement de techniques psychologiques (ou psychosociales) visant la production d'un individu autonome, capable de réaliser un travail sur soi et de s'ajuster aux transformations sociales.

sociabilité hors les espaces sociaux habituels (famille, travail, loisirs, etc.), comme forme d'auto-organisation et d'auto-support.⁵⁰

Le groupe devient dans cette perspective l'espace de surgissement ou d'immanence du sujet et d'une sociabilité fondée essentiellement sur l'intersubjectivité (réseaux d'entraide, de soutien, etc.). Les déterminations sociales globales cessent d'être considérées dans leur fonction structurante et la problématique de la subjectivité agit comme élément de surdétermination. Pour Castel (1981), il s'agit d'un type de sociabilité qui se suffit à elle-même, car elle ne repose pas sur une critique de la société (ses hiérarchies, ses inégalités, ses rapports sociaux, les contraintes exercées par les structures sociales, etc.), mais sur le développement de petites unités relationnelles auto-gérées (le groupe, les organismes communautaires, les réseaux de quartier, la famille, le voisinage, etc.), comme alternative à un social en crise.

Ainsi, ce type d'intervention ne vise pas seulement à faciliter une meilleure adaptation aux contextes sociaux existants (à risque par exemple), mais il a comme finalité de produire un espace de sociabilité fondé sur l'intersubjectivité (entraide, support, partage, etc.), comme forme de soutien social pour le développement du potentiel d'apprentissage social («empowerment») des individus. Par conséquent, dans ce type de discours, c'est tout le rapport à l'existence des individus qui est transformé.

⁵⁰ Dans le milieu de l'administration publique et dans celui de l'intervention sociale, le terme de communauté (locale, homosexuelle, culturelle, etc.) est utilisé pour désigner l'existence de groupe défini par les caractéristiques descriptives de ses membres, comme si ces groupes formaient une unité naturelle et homogène. La notion de groupe sera utilisée ici car elle permet de mieux rendre compte du caractère fonctionnaliste d'une telle construction sociale et aussi parce qu'elle permet d'établir une distinction nette entre les groupes organisés en organismes communautaires (par des institutions étatiques, par des individus impliqués dans une cause quelconque, etc.) et l'espace social d'où ils proviennent et interviennent, que celui-ci soit nommé communauté ou pas.

Les règles du jeu social sont réduites à l'insertion dans des groupes ou des réseaux sociaux qui se suffisent à eux-mêmes, c'est-à-dire dont l'objectif principal est d'assurer un soutien ou un support au développement du potentiel personnel. L'action sur les conditions structurelles (prohibition, inégalité sociale, etc.) qui favorisent la vulnérabilité aux risques sociaux et sanitaires est exclue du discours.

Par exemple, que fait une équipe de prévention implantée dans un quartier d'immigrés? Changer les conditions d'habitat, trouver du travail aux adolescents, modifier les réflexes racistes de la population à l'extérieur? Les travailleurs sociaux sont bien placés pour savoir que ces possibilités d'une intervention directement sociale ou politique sont la plupart du temps hors des limites de leur mandat. Alors, ils tissent des réseaux de relations, rendent possibles des attachements affectifs, structurent des emplois du temps autour d'activités qui ont pour fin d'intensifier des rencontres, d'éveiller des intérêts, de saturer des désirs dans le cadre d'une sociabilité construite par leur propre stratégie. Leur travail tient moins à la possibilité d'agir sur des causes objectives qu'à leur capacité de produire un espace de sociabilité différent des conditions dans lesquelles vit leur clientèle. L'analyse de la culture psychologique débouche ainsi sur ce *no man's land* où les frontières entre le psychologique et le social se brouillent parce qu'une sociabilité programmée par des techniques psychologiques joue un rôle de substitut d'un social en crise (Castel, 1981, p. 197).

Il est possible de considérer dans cette perspective que ce principe inhérent au concept d'humanisme dans la RM ouvre un univers des possibles favorisant, à travers l'auto-organisation et l'auto-support, le développement d'un espace de sociabilité permettant le surgissement d'un sujet qui se doit de se prendre lui-même comme objet de détermination dans la réduction des risques, voire un espace de sociabilité «vide» où les conditions sociales d'existence qui favorisent la vulnérabilité aux risques échappent

au sujet qui tente de s'émanciper à travers une dynamique relationnelle construite à la marge des espaces sociaux habituels (famille, travail, etc.).

Bref, sous le couvert d'une conception humaniste des réalités sociales des usagers-ères de drogues, la RM ouvre un espace discursif favorisant le déploiement d'interventions axées sur le développement d'un potentiel d'auto-réalisation des individus à l'égard de la gestion des risques sanitaires et sociaux, notamment les risques d'infection par le VIH. Les interventions promues reposent sur le principe de proximité sociale («outreach») et la prise en considération du vécu, réduisant par le fait même la trajectoire du sujet sur le *hic et nunc* de l'expérience immédiate. De plus, le sujet est présenté comme un individu sous-développé, possédant un potentiel qu'il peut libérer et transformer en capital humain dans le cadre d'intervention visant son auto-réalisation. Le groupe ou le réseau social immédiat deviennent l'espace par excellence du développement d'une sociabilité qui se suffit à elle-même, où la relation à autrui et les apprentissages sociaux qui en découlent relèvent de la capacité technique de communiquer ou de cohabiter, pour reprendre ici un terme régulièrement utilisé dans le milieu de l'intervention communautaire.

2.4 Synthèse et liens entre les dimensions du concept de RM

On a vu dans les sections précédentes que le concept de pragmatisme à la base de la RM réduit la réalité «prévention des risques associés à l'usage de drogues» à son caractère utilitariste (atteintes de résultats à court terme) et ouvre un «nouvel» espace discursif favorisant le déploiement d'actions centrées sur les individus constitués en populations à risque et la mise en place de mesures de soutien social visant leur engagement et leur mobilisation dans la gestion des risques. Ainsi, si ce concept permet

de rompre avec l'utopie de l'éradication de l'usage des drogues, *il a également comme effet d'individualiser les enjeux de la gestion des risques.*

Plus précisément, ce concept favorise l'individualisation des risques et de l'action en direction de ceux-ci. La gestion des risques est pensée en fonction de choix comportementaux réalisés par un sujet rationnel capable de s'adapter. Par conséquent, le risque n'est pas attribuable aux effets des structures et des inégalités sociales, donc aux effets de la place occupée dans la hiérarchie sociale, mais il est considéré comme un enjeu inhérent à la capacité des individus constitués en population à risque d'y faire face, à travers leur insertion dans les groupes ou les réseaux sociaux locaux. L'importance des politiques (économiques, sociales, législatives, etc.) pour réduire les risques est exclue du discours au profit de dispositifs visant la responsabilisation.

Sur l'autre plan, l'humanisme favorise la transformation des individus en sujets actifs dans la prévention des risques par des actions axées sur le développement de leur potentiel d'autonomie, à travers leur insertion dans les groupes ou les réseaux sociaux locaux. Ainsi, sous le couvert de l'humanisme, la RM ouvre l'espace à la *re-socialisation des enjeux de la prévention à l'intérieur des dynamiques sociales locales*. Plus précisément, elle ouvre l'espace nécessaire au déploiement d'actions visant à faire des individus constitués en population à risque des sujets actifs dans la gestion des risques, voire à faire de ces derniers des sujets qui, à travers leur inscription dans le tissu social local, vont se prendre comme objet de détermination et se mobiliser dans la gestion des risques.

Or, comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, les actions de la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues doivent, selon les experts de santé publique, viser le changement social à travers une réinterrogation des structures, des

politiques et des législations. Toutefois, la manière de conceptualiser la réponse aux enjeux épidémiques, la réponse de l'État québécois de même que les dispositifs de lutte contre ce virus auprès des usagers-ères de drogues se sont surtout limités à viser les populations locales et à mettre en place des actions de prévention des risques individuels (Hankins, 1997; Morissette, 1994).

On peut dans cette perspective envisager la possibilité que la RM occupe au sein du dispositif de lutte contre le VIH un espace favorisant, d'une part, *l'individualisation* des enjeux de la prévention en excluant du champ d'action les conditions structurelles (le prohibitionnisme, les inégalités sociales, etc.) qui favorisent la vulnérabilité aux risques associés à l'usage de drogues et, d'autre part, la *re-socialisation* de ces enjeux comme enjeux locaux de prévention des risques individuels.

CHAPITRE 3

BIO-POUVOIR ET RÉGULATION SOCIALE

DANS LA SOCIÉTÉ CONTEMPORAINE

Le présent chapitre présente la perspective théorique de la thèse. Celle-ci s'appuie sur le concept de bio-pouvoir de Michel Foucault et d'autres auteurs qui se sont attardés à analyser les transformations des modes de régulation sociale dans les sociétés libérales contemporaines. De plus, nous tentons de situer les formes qu'ils ont pris dans un schème interprétatif qui tient compte de la transformation du rôle de l'État depuis le milieu des années 1970. Ceci est justifié du fait que les mécanismes de régulation sociale n'apparaissent pas dans le vide, mais dans un contexte historique et politique spécifique et, plus précisément, en relation avec la manière dont on conçoit le rôle de l'État à une période donnée. Sur ce plan, il faut considérer que les travaux de Foucault sur le bio-pouvoir ont été développés pour le XVIII^e siècle, au moment de la création de l'État libéral classique. S'ils sont toujours pertinents pour l'analyse des modes de régulation sociale dans les sociétés libérales, on ne peut par contre s'y référer sans tenir compte des transformations du rôle de l'État, particulièrement du rôle joué par l'État libéral providentiel en matière de gestion de l'insécurité (Levasseur, 2006).

Foucault s'est attardé à rendre intelligible les nouveaux mécanismes de régulation sociale qui se mettent en place au cours du XVIII^e siècle (époque caractérisée par le développement du capitalisme et le passage de la monarchie à l'État libéral classique), notamment dans le secteur de la santé. Pour cet auteur, le développement du capitalisme a rendu nécessaire le développement de technologies politiques du pouvoir en Occident aux XVII^e et XVIII^e siècles en même temps qu'elles ont été nécessaires au développement du capitalisme. Dans cette perspective, un ensemble de technologies politiques visant la régulation sociale des populations et la discipline des individus ont été inventées. Il parle de deux grandes familles de techniques, soit la bio-politique (régulation) et l'anatomo-politique (discipline), qu'il formulera sous le concept de bio-pouvoir. Les premières visent la régulation des populations et les secondes visent les

individus ou les corps. Ces deux grandes familles de techniques politiques sont en lien les unes avec les autres et elles se sont mises en place à cette époque où naît l'administration publique comme «science» de gestion du vivant.

La bio-politique est apparue dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, surtout en Angleterre. Il s'agit du développement de technologies politiques qui ne visent pas les individus en tant qu'individus, mais en tant qu'individus constitués en populations et régis par des lois, des processus (biologiques, économiques, démographiques, sociaux, etc.). Une population a un taux de natalité, de mortalité, de morbidité, etc.

La découverte de la population est, en même temps que la découverte de l'individu et du corps dressable, l'autre grand noyau technologique autour duquel les procédés politiques de l'Occident se sont transformés. On a inventé à ce moment-là ce que j'appellerai, par opposition à l'anatomo-politique que j'ai mentionné à l'instant, la bio-politique. C'est à ce moment que nous voyons apparaître des problèmes comme ceux de l'habitat, des conditions de vie dans une ville, de l'hygiène publique, de la modification du rapport entre natalité et mortalité. C'est à ce moment qu'est apparu le problème de savoir comment nous pouvons amener les gens à faire plus d'enfants, ou en tout cas comment nous pouvons régler le flux de la population, comment nous pouvons régler également le taux de croissance d'une population, les migrations. Et, à partir de là, toute une série de techniques d'observation, parmi lesquelles la statistique, évidemment, mais aussi tous les grands organismes administratifs, économiques et politiques, sont chargés de cette régulation de la population. Il y a eu deux grandes révolutions dans la technologie du pouvoir : la découverte de la discipline et la découverte de la régulation, le perfectionnement d'une anatomo-politique et le perfectionnement d'une bio-politique (Foucault, 2001c, p. 1012-1013).

Dans cette perspective, depuis le XVIII^e siècle, la vie et le vivant sont devenus un objet du pouvoir, dans le sens positif du terme, c'est-à-dire un lieu d'investissement et

d'action dans une finalité pragmatique. De plus, si le pouvoir s'exerçait auparavant sur des sujets juridiques et visait surtout le prélèvement (prélèvement de biens (impôt, taxe, etc.) ou de la vie (châtiment, peine de mort, etc.)), il cesse d'être essentiellement juridique pour devenir matérialiste, c'est-à-dire qu'il s'exerce dorénavant selon une finalité productive, de gestion et de conditionnement des populations. Une nouvelle distribution du pouvoir apparaît, c'est-à-dire de nouvelles hiérarchies, de nouvelles techniques de surveillance, d'inspection et de conditionnement.

Quant à l'anatomo-politique, elle aurait été développée dans le but de discipliner les corps, considérés comme machine (Foucault, 2001a). Plus précisément, elle visait l'intégration des corps ou des individus à des contrôles efficaces et économiques : dressage, développement des aptitudes, croissance de l'utilité et de la docilité, etc. Elle constitue une technique de pouvoir qui vise à agir sur une réalité multiple et différenciée, à obtenir des individus des prestations productives nécessaires au développement du capitalisme.

La discipline est, au fond, le mécanisme de pouvoir par lequel nous arrivons à contrôler dans le corps social jusqu'aux éléments les plus ténus, par lesquels nous arrivons à atteindre les atomes sociaux eux-mêmes, c'est-à-dire les individus. Techniques de l'individualisation du pouvoir. Comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera le plus utile : voilà ce qu'est, à mon sens, la discipline (Foucault, 2001c, p. 1010).

Il donne à cet effet l'exemple de l'armée où les techniques d'apprentissage du soldat (apprendre à tirer, à se déplacer, à se coordonner avec les autres, etc.) s'inscrivent comme des techniques de dressage corporel, celui de l'éducation dans les écoles où, par

différentes techniques⁵¹ (surveillance, notation, examen, concours, etc.), s'exerce un pouvoir ayant comme effet d'individualiser les individus, de les «extraire» de la masse pour contrôler dans les moindres détails ce qu'ils font, pensent, etc. Un peu plus tard, au XIX^e siècle, des mécanismes similaires de surveillance et de normalisation disciplinaire seront introduits dans les ateliers.

Pour Foucault, ce type de technique est une technologie individualisante du pouvoir, une sorte d'anatomie politique visant les individus jusque dans leur propre corps, leurs comportements, etc. De plus, ce pouvoir ne vise pas uniquement à interdire la transgression des lois, mais il a une finalité de normalisation disciplinaire de la conduite des individus, dans le sens positif et productif du terme. Cela ne signifie pas que les interdits aient disparus, mais plutôt que le pouvoir disciplinaire ne vise pas seulement à prohiber ou à proscrire. Il vise également à prescrire des manières de faire, d'agir, etc. en fonction d'une norme définie à l'extérieur de la pratique des individus (dans les discours, les politiques, etc.), dont la croissance des forces productives nécessaires au développement du capitalisme et à la concurrence entre les États.

Ces deux familles de pouvoir ne sont pas antithétiques. Elles constituent plus deux pôles de développement qui sont reliés l'un à l'autre. Le domaine de la santé⁵² par

⁵¹ Une analyse détaillée de ces techniques est présentée dans *Surveiller et punir* (Foucault, 1997), dans la partie III sur la discipline, particulièrement dans le chapitre II sur les moyens du bon dressement le chapitre III sur le panoptisme.

⁵² L'importance accordée à l'objet santé et bien-être dans la société actuelle n'est sans doute pas indépendante de la transformation des modes de régulation mis en place pour répondre aux exigences de la libéralisation des marchés. Cette dimension sera prise en considération dans l'interprétation des résultats car même si notre objet est la RM, celle-ci prend forme dans l'espace étatique (agences de santé publique) où coexistent des technologies visant la gestion des populations (bio-politique) et des techniques centrées sur le comportement (anatomo-politique).

exemple constitue un espace où le pouvoir régulateur et disciplinaire se rencontre et se combine. Un ensemble de technologies politiques (législation, surveillance épidémiologique, planification, programmation, etc.) sont élaborées en fonction d'un objectif de protection de l'ordre sanitaire alors que d'autres techniques, en lien avec les premières, visent directement les conduites (techniques de prévention, de promotion, de conscientisation, etc.) par rapport à la santé.

Le bio-pouvoir tend à investir le vivant dans une totalité (populations de l'État) et dans ses moindres détails (corps/psyché) et favorise ainsi la continuité dans l'exercice du pouvoir. Il a à la fois comme propriété de normaliser et d'assujettir, c'est-à-dire la capacité de distribuer le vivant dans un domaine de valeur et d'utilité (la norme) pour produire un ordre social et sanitaire conforme aux exigences du développement du capitalisme. Ainsi, l'importance accordée à la norme augmente aux dépens de la loi qui vise plus l'imposition d'interdits que la mise en place de mécanismes régulateurs (Foucault, 2001a). Toutefois, si la norme prend une grande importance, elle n'est pas déterminée sur la base du même référentiel dans les deux familles d'exercice du pouvoir. La bio-politique s'appuie sur la normalité statistique alors que l'anatomo-politique repose sur des normes issues de l'ordre moral, politique, économique, sanitaire, etc.

Pour Foucault (2004a), les dispositifs disciplinaires se sont surtout mis en oeuvre dans les lieux «fermés» (armée, école, usine, famille, etc.) et ils visent à imposer un code de conduite aux individus à partir d'une norme établie *a priori*. Il parle alors de *normation des individus*. Les dispositifs de sécurité (dont la bio-politique) s'appuient quant à eux sur les milieux, en tant que milieux «naturels» où se déploient des processus (biologiques, sociaux, etc.), et tendent à faire jouer les forces entre elles pour les canaliser vers des objectifs de réduction des écarts existants entre les distributions

statistiques problématiques (taux inhabituels de morbidité, de mortalité, etc.) et celles qui se rapprochent de la normale (les distributions les moins problématiques). Il parle alors de *normalisation des populations*.

Ainsi, ce qui différencie les premiers dispositifs des seconds, c'est la place occupée par la norme dans le jeu de différenciation du normal et de l'anormal. Dans le premier cas, la norme est première en ce sens qu'elle est établie de l'extérieur en fonction d'objectifs stratégiques d'exercice du pouvoir (dressage, développement des aptitudes, etc.). Dans le second cas, ce sont les distributions statistiques les plus favorables ou les moins problématiques (le normal) qui servent de norme. Le normal est premier et la norme en est déduite. Les dispositifs visent à rétablir les distributions statistiques qui s'écartent de la normale ou de l'«ordre naturel des choses» (ordre sanitaire par exemple) plutôt qu'un objectif de recherche d'une conformité à une norme déterminée *a priori*.

Afin d'éviter les confusions dans l'utilisation des termes⁵³, on parlera dans cette thèse de bio-politique des populations lorsqu'il s'agit de normalisation statistique des populations et de normalisation disciplinaire lorsque nous nous référons à des aspects relatifs à l'assujettissement des individus (anatomo-politique).

Le concept de bio-pouvoir repose chez Foucault sur une conception générale du pouvoir⁵⁴ dont un des principaux traits distinctifs est de réduire l'espace de liberté

⁵³ Il faut souligner ici que ce n'est qu'à partir des travaux réalisés à la fin des années 1970 sur les dispositifs de sécurité que Foucault (2004a) établit cette distinction. Auparavant, il utilise le terme de normalisation lorsqu'il parle de discipline ou d'anatomo-politique (Foucault, 1997), ce qui laisse place à une certaine confusion.

⁵⁴ Pour Foucault (1997), si le pouvoir peut prendre pour cible des objets (santé, sexualité, (à suivre...))

d'action de l'autre. En effet, pour l'auteur, le pouvoir n'est pas une substance qui s'acquiert ou qu'on s'approprie et les relations de pouvoir ne sont pas en position d'extériorité par rapport aux autres rapports sociaux (économiques, sexuels, etc.). Son trait distinctif est celui d'assujettir, de déterminer la conduite des autres en réduisant leur espace de liberté d'action au cadre dans lequel s'exerce la relation de pouvoir, même si dans la réalité il existe toujours un espace de liberté qui n'y est pas assujéti et qu'il existe toujours une résistance qui fonde ou rend possible la relation de pouvoir (Foucault, 2001f).

L'espace de liberté d'action est en ce sens l'enjeu central des relations de pouvoir. Toutefois, des auteurs comme Robert Castel (1981) et Alain Ehrenberg (2001) tendent à montrer que le passage de l'État-providence à l'État néo-libéral favorise l'émergence de techniques de régulation sociale qui ne sont plus centrées exclusivement sur le contrôle et la réduction de l'espace de liberté d'action, mais sur le développement de l'autonomie (esprit d'initiative, créativité, réflexivité, rapport de soi à soi, etc.).

Pour Robert Castel, l'émergence de ce nouvel ordre peut être qualifié de post-disciplinaire, c'est-à-dire qu'il ne vise plus seulement à réduire et à encadrer l'espace de liberté, ou à réparer des déficiences, mais à «travailler» le capital humain dans le but

⁵⁴(...suite)

crime, corps, etc.), c'est qu'un savoir a pu les investir et que s'est formé sur eux un domaine de connaissance. Ainsi, savoir et pouvoir sont étroitement reliés l'un et l'autre et s'influencent. Il n'y aurait pas de relation de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir constitué à l'extérieur des relations de pouvoir. C'est donc dans ce processus d'inter-influence que sont déterminés les formes et les domaines possibles de la connaissance et, en sens inverse, les formes et les domaines d'exercice du pouvoir. Dans le cadre de la thèse, nous adoptons la posture que les discours sont entre autres contraints par les savoirs, mais qu'ils ont également comme fonction de départager le «vrai» du «faux» en incluant (excluant) certains énoncés. C'est donc à travers cette médiation institutionnelle du discours que l'importance des savoirs sur le développement du dispositif de lutte contre le VIH sera pris en considération. Toutefois, l'analyse portera que sur l'influence des savoirs repérables à partir du discours.

de mobiliser les individus et les populations dans la gestion des contraintes (économiques, sociales, sanitaires, etc.) auxquelles ils sont confrontés. Ainsi, le mode d'exercice du pouvoir par lequel une autorité s'imposait d'en haut (État) et qu'une résistance se construisait à la base (société civile) serait remplacé par un nouveau mode de régulation où l'État renforce son monopole sur la définition des grandes orientations (constitution des problèmes, définition des grands objectifs, etc.), mais contrôlerait *a posteriori* la conformité des réalisations par l'atteinte des résultats (surveillance, atteinte des objectifs/mandats, (ré)allocation des ressources, contrat de performance, évaluation, etc.).

Un autre modèle de régulation se développe : l'incitation à collaborer, de sa place et selon ses besoins, à la gestion des contraintes dans le cadre d'une division du travail entre les instances de domination et ceux qui y sont assujettis. [...] Il est en fait une illustration limite de cette stratégie générale qui consiste à mobiliser les individus soumis aux contraintes pour qu'ils prennent eux-mêmes en charge l'exigence de les réguler. C'est la même logique, en effet, que l'on a vu opérer dans la réorganisation de l'Action sanitaire et sociale, et qui commande une redéfinition des rapports du public et du privé, du central et du local. C'est elle aussi qui conquiert les secteurs économiques les plus avancés, où le personnel est requis de prendre lui-même en compte les exigences draconiennes de la compétitivité (Castel, 1981, p. 208).

Dans ce nouveau modèle de régulation, le pouvoir d'assujettir ne passerait plus par la coercition, mais par la mobilisation «volontaire». Depuis la fin des années 1970, une transformation importante serait à l'oeuvre dans la manière de gouverner, soit le passage d'un ordre disciplinaire qui s'est constitué au XVIII^e siècle orienté vers le contrôle hiérarchique direct (répression, dressage, normalisation, etc.) des espaces de liberté vers un ordre post-disciplinaire où l'autonomie est promue. Pour Ehrenberg

(2001), si les Lumières avaient inventé la discipline en même temps qu'elles ont découvert la liberté, le nouvel esprit d'entreprise qui s'étend dans l'ensemble des sphères de la société constitue une manière d'exercer le pouvoir fondée sur la stimulation de l'autonomie. Un autre rapport entre le sujet et l'État est promu qui vise moins à dresser qu'à stimuler l'autonomie et l'implication, à faire de l'individu contemporain l'entrepreneur de sa propre vie et à développer de nouvelles solidarités en dehors des mesures d'assistance (Ehrenberg, 2001). Dans son analyse de l'idéologie gestionnaire qui traverse la société contemporaine et des nouveaux pouvoirs managériaux qui se mettent en place, De Gaulejac (2005) parle en termes de passage d'un pouvoir disciplinaire axé sur le contrôle des corps à un pouvoir managérial axé sur l'adhésion volontaire et la mobilisation psychique (désir, motivation, etc.) des individus dans l'atteinte de résultats déterminés de l'extérieur (entreprise, agence étatique, etc.).

Toutefois, si l'incitation des individus et des collectivités locales à collaborer à la gestion des contraintes ou à prendre en charge eux-mêmes les problèmes auxquels ils sont confrontés caractérise le nouveau mode de régulation qui se met en place dans le dernier quart du XX^e siècle, cela ne signifie pas que nous soyons sorti de l'ordre de la discipline. L'appel au potentiel humain (ou à l'autonomie) ne signifie pas qu'ils se soient affranchis des pouvoirs qui s'exercent sur eux. Il n'est pas synonyme de libération et d'émancipation. L'incitation à la collaboration, à la participation ou à la mobilisation «volontaire» vise peut-être plus à réduire les résistances et à susciter l'adhésion aux objectifs poursuivis par les institutions qu'à laisser libre cours à l'expression des différences et des désirs. La canalisation du potentiel d'initiative, de créativité et de réflexivité vers des objectifs déterminés par ceux qui sont en position d'hégémonie dans la relation de pouvoir (planificateurs, médecins, épidémiologues, psychologues, etc.) seraient les principaux objectifs poursuivis.

Dans ces conditions, c'est davantage au passage d'un ordre disciplinaire à un ordre néo-disciplinaire que l'on assisterait. Dans le premier, le «contrôle» passait par la régulation de l'espace de liberté. Dans le second, la liberté est toujours essentielle (ce qui n'est pas nouveau, on ne peut réguler les pratiques que d'individus libres), mais l'autonomie devient un enjeu de prescription de la part des agences de l'État. Les politiques sociales et les programmes sociaux et sanitaires ne viseraient plus uniquement à porter assistance et à encadrer les conduites, mais à mobiliser les individus et les acteurs locaux dans la résolution des problèmes sociaux auxquels ils sont confrontés.

Dans ce nouvel ordre, la fonction du sujet est redéfinie. Que celui-ci soit construit comme population ou comme individu, il est dorénavant considéré comme un sujet apte à prendre en charge les risques sociaux et sanitaires qu'on lui attribue et auxquels il se doit de répondre. Les rapports entre le public et le privé, entre le central et le local ou, pour reprendre un terme à la mode, entre l'État et la société civile sont redéfinis (Castel, 1981). Le privé se voit de plus en plus investi de responsabilités qui relevaient autrefois des politiques d'assistance publique et les dispositifs sont de plus en plus structurés par les initiatives prises par les acteurs locaux et les individus, même si les finalités sont déterminées par ceux qui détiennent le monopole de la légitimité institutionnelle. Les acteurs politiques gouvernent et exercent dorénavant leur pouvoir par la fixation des grandes priorités, le développement de dispositifs visant la mobilisation des individus et des acteurs locaux et la mise en oeuvre de mécanismes de contrôle *a posteriori* des résultats atteints par les investissements consentis (Merrien, 1999).

Ces transformations dans les modes de régulation sociale peuvent être interprétées en relation avec les transformations de l'État contemporain et, plus précisément, en relation avec la manière dont les différentes agences de l'État tendent à investir le tissu social. Pour Bruno Jobert (1995, 1994), celles-ci ne se caractériseraient pas tant par la

rhétorique de la crise et du désengagement que par le déclin de l'État producteur et l'émergence d'un État régulateur dont l'influence se mesure à la capacité des agences étatiques de fixer et d'imposer au reste de la société leurs propres cadres de référence, à travers les politiques, les programmes et des dispositifs de partenariats, de concertation, d'évaluation des actions publiques, etc. De plus, pour Franssen (2003), les transformations des dispositifs de protection sociale associées au passage de l'État libéral providentiel vers un État social dit actif par l'auteur se caractériseraient par l'instauration d'une nouvelle forme paternaliste de contrôle social visant l'autonomisation accrue des individus. Des études réalisées sur les politiques d'assistance sociale tendent à montrer qu'avec l'idée de la contrepartie et, particulièrement, avec celle d'imposer des parcours d'employabilité ou d'insertion sociale, les assistés sociaux sont invités (ou contraints) à développer leur potentiel (capital humain) et à se mobiliser pour se tailler une place sur le marché du travail (Boismenu, 1992, 1988, 1987; Boismenu et Dufour, 1997; Procacci, 2003). Les problèmes d'insertion sur le marché du travail sont dans cette perspective perçus comme étant avant tout des problèmes de sous-développement des individus.

Nous considérons que c'est dans ce contexte socio-politique que les nouvelles approches de santé publique (promotion de la santé, RM, développement des «communautés», etc.) trouvent un terrain fertile et que prend forme un «nouveau» mode de régulation sociale des populations à risque. Comme nous l'avons souligné précédemment, si l'idée de responsabilisation des individus à l'égard des risques sanitaires n'est pas nouvelle, nous avons vu qu'elle prend dans la société contemporaine un sens individualiste qui n'existait pas auparavant (Gaucher, 1995). De plus, les politiques dans ce secteur reposent de plus en plus sur l'idée que la santé relève d'une responsabilité partagée entre l'État et les individus et que ces derniers sont considérés

avoir non seulement des droits, mais aussi des devoirs (Clément et Bolduc, 2004). Ajoutons à cela que la forme prise par la promotion de la santé, qui vise le développement des capacités et l'autonomie des individus et des populations, a été influencée par le «déclin» de l'État-providence et la transformation du rôle des organisations internationales (dont l'OMS) dans un contexte de libéralisation des marchés et de globalisation de l'économie (O'Neil *et al.*, 2006).

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

L'objectif de la thèse est d'analyser les logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels et l'approche de RM s'institutionnalisent au sein des agences québécoises de santé publique et, plus largement, au sein de l'État québécois. La thèse porte donc sur la situation québécoise et elle analyse les discours officiels de la lutte contre le VIH, depuis les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (1987) jusqu'à aujourd'hui.

Ceci implique que nous précisions, avant de décrire les procédures de collecte et d'analyse des données, la posture que nous avons adoptée à l'égard du discours. Le plan d'opérationnalisation comporte dans cette perspective trois sections, soit 1) la posture adoptée à l'égard du discours et de l'ordre du discours, 2) les sources et la méthode de collecte des documents et 3) le plan d'analyse. Cette dernière section porte sur la constitution du corpus, présente une description de ce dernier et décrit la démarche à travers laquelle les discours ont été lus et analysés.

4.1 Discours et ordre du discours

L'objectif de la thèse étant d'identifier les logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels et l'approche de RM s'institutionnalisent au sein des agences québécoises de santé publique, il faut donc utiliser une approche d'analyse du discours qui tienne compte du type de matériau analysé (le discours institutionnel) et de l'objectif visé par la recherche, soit l'analyse de la manière dont les discours se développent au sein des institutions. Les travaux de Michel Foucault sur le discours et

sur la démarche archéologique (*L'archéologie du savoir*⁵⁵) nous sont apparus comme des outils appropriés à notre démarche, principalement parce que ceux-ci permettent d'analyser les discours à partir des contraintes (institutionnelles, organisationnelles, etc.) qui les constituent comme discours et les effets qu'ils produisent sur la pratique ou sur la manière de circonscrire l'action (différentes dimensions de la prévention par exemple).

Dans cette perspective, nous considérons, à l'instar de Foucault, que les discours ne sont pas le résultat des choses dites (sémantique, langage), ni celui de la manière dont elles sont dites (linguistique, langue), pas plus qu'ils ne sont le lieu de matérialisation d'une idéologie⁵⁶ quelconque (idéologie de santé publique, libérale, etc.). Ils sont *un ensemble de significations contraintes et contraignantes* qui passent à travers les

⁵⁵ Pour Foucault, *l'archéologie du savoir* n'est pas une discipline interprétative cherchant à identifier un sens caché au discours (représentations, image, etc.), mais une discipline dont l'objectif est d'identifier les règles de formation des discours et les effets de vérité qu'ils produisent. De plus, il dira qu'elle n'est ni une méthode, ni une théorie, mais une tentative d'identifier le niveau auquel il s'est situé pour faire surgir les objets qu'il avait manipulés pendant longtemps (*Histoire de la folie*, *Naissance de la clinique* et *Les mots et les choses*). Elle est dans cette perspective la posture que l'analyste adopte pour faire surgir des objets (Foucault, 2001k), une démarche de recherche qui interroge le discours au niveau de son existence, soit comme pratiques (discursives) spécifiées dans le document ou l'archive (Foucault, 1980).

⁵⁶ Pour Foucault, le concept d'idéologie est difficilement utilisable pour trois raisons. La première est que ce concept est toujours utilisé en opposition avec quelque chose qui serait «vrai», sans qu'on sache vraiment quel statut donner à cet *autre* (le problème de la vérité). La deuxième est qu'il suppose l'existence d'un sujet de connaissance (le problème de l'existence d'un sujet conscient, moteur des transformations historiques et sociales) et, la troisième, il suppose l'existence d'un réel figé ou donné pouvant agir comme condition objective et déterminante des représentations sociales (l'infrastructure comme déterminant de la superstructure) (Foucault, 2001i, p. 148). D'où l'importance accordée dans ses travaux à la centralité du discours, l'abandon de l'histoire des idées ou des idéologies ainsi que l'abandon de l'idée que les «faits» acquièrent une existence en dehors de l'interprétation qui en est faite. Il adopte une posture constructiviste où le discours joue un rôle de premier plan dans la constitution de la réalité, en particulier dans le partage du «vrai» et du «faux» comme stratégie de pouvoir produisant des effets de vérité.

rapports sociaux (Foucault, 2001h). Ceci implique trois remarques : l'une portant sur le statut du discours, une autre sur les conditions d'apparition des discours et une dernière sur la fonction exercée par les discours.

Premièrement, pour Foucault, le discours n'est pas le résultat des idéologies (histoire des idées, superstructures, mentalités, etc.), pas plus qu'il n'est le reflet de la réalité (description «neutre» de la réalité). Il est un ensemble de *significations* se construisant dans un espace d'articulation entre les mots (les idées) et les choses (le réel) ou, autrement dit, le résultat d'une pratique à partir de laquelle on peut définir ce que sont les choses et repérer l'usage des mots (Foucault, 2001m). Concrètement, cela signifie que notre démarche de recherche et, en particulier, notre démarche d'analyse considère la RM comme un discours se constituant dans un espace d'articulation entre sa description «théorique» dans les écrits qui n'ont pas une visée programmatique, et une pratique de RM, telle qu'elle est développée dans les agences étatiques de santé publique (MSSS, DSP, etc.).

Deuxièmement, nous définissons l'ordre du discours comme un ensemble de *significations contraintes*, c'est-à-dire que les discours sont régis par un ensemble de procédures de contrôle. Foucault (1971) en identifie trois grandes catégories, soit les procédures externes, les procédures internes et les procédures d'accès à certains discours. Les premières ont comme fonction d'exclure les discours pouvant remettre en question l'ordre ou les pouvoirs établis (dans la société, les institutions, les organisations, etc.). Les secondes sont des procédures de production/reproduction des identités des discours (appartenance des discours : auteurs-es⁵⁷, disciplines, etc.) et les

⁵⁷ Il faut noter ici que l'auteur-e, en tant que sujet anthropologique libre et créateur, n'existe pas chez Foucault. Il n'y a que des formes de discours, des formations discursives dans (à suivre...)

troisièmes sont des procédures de restriction d'accès à certains discours (n'importe qui n'est pas autorisé à tenir n'importe quel discours).

Au plan de la méthode, il est donc nécessaire de considérer que les discours sont régis par un ensemble de dispositifs ayant comme effet de les contraindre, de les encadrer, de les limiter, etc. Par dispositifs, il faut entendre un ensemble de mesures hétérogènes (politiques, plans, programmes, règlements, techniques d'intervention, etc.) interreliées entre elles, conditionnés par des impératifs et mises en oeuvre dans un but (stratégique) de répondre à un problème ou à une urgence et régis dans leur développement par une visée d'efficacité (atteinte de résultats) ou d'efficience (rendement) (Foucault, 2001o). Ainsi, les discours n'apparaissent pas n'importe quand et n'importe comment, mais ils obéissent à des conditions de possibilité, c'est-à-dire à un ensemble de contraintes institutionnelles : les contraintes structurelles ou organisationnelles (non discursives : ressources, mandats, etc.) mais également celles d'ordre discursif exercées par les énoncés divers que les discours mobilisent (savoirs, connaissances, expertises, etc.).

Dans le cadre de cette thèse, nous considérons que les discours ne sont pas seulement révélateurs de représentations des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH, mais qu'ils se développent et prennent place dans un dispositif qui impose un certain nombre de contraintes organisationnelles ou discursives où ils trouvent leurs conditions de possibilité. Toutefois, puisque ce n'est pas l'objectif de la thèse que d'identifier l'ensemble des contraintes, on s'en tiendra à celles repérables à l'intérieur même du tissu documentaire, comme par exemple les effets des réformes du système

⁵⁷(...suite)

lesquelles les auteurs-es s'inscrivent et par lesquelles ils sont traversés.

de santé (régionalisation, etc.), l'influence des savoirs (épidémiologiques, etc.), de l'histoire des approches d'intervention en santé publique (éducation sanitaire, promotion de la santé, etc.), des contraintes liées aux moyens de prévenir le VIH (absence de vaccin, etc.), etc.

Troisièmement, et c'est l'un des aspects important de notre recherche, nous définissons l'ordre du discours comme un ensemble de *significations contraignantes*, c'est-à-dire qu'une des principales fonctions du discours est de départager le «vrai» du «faux», de faire entrer les choses (les objets, les pratiques sociales, etc.) dans le registre du «vrai» et, conséquemment, d'avoir des effets structurants sur le social ou les formes de la régulation sociale. En effet, pour Foucault (2001h), le discours n'est pas le simple reflet de la réalité, mais une force, un opérateur produisant des effets de vérité, une technologie d'exercice du pouvoir, une arme de pouvoir, de contrôle, d'assujettissement, de qualification et de disqualification. De plus, la vérité n'est pas seulement une norme de référence (il n'y a pas pour l'auteur d'instance suprême qui serait porteur d'une telle norme (Foucault, 2001j), une série de propositions ou encore l'ensemble des choses «vraies» qu'il y a à découvrir ou à faire accepter, mais le résultat d'une production se caractérisant par le partage du «vrai» et du «faux». Enfin, le discours est d'autant plus contraignant qu'il fait apparaître les choses comme «vraies», c'est-à-dire comme faisant partie de l'«ordre naturel des choses» ou du «cours des choses».

Dans cette perspective, chaque société a son régime de vérité, une politique générale de vérité. Elle possède des discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme «vrais», des dispositifs et des institutions qui permettent de distinguer les énoncés «vrais» et «faux», un mode de sanction des uns et des autres, un ensemble de techniques et de procédures qui sont valorisées dans la production de la vérité ainsi qu'un ensemble de dispositifs pour l'attribution de titres à ceux qui ont le droit de dire «vrai». Dans les

sociétés avancées, l'économie politique de la vérité se caractériserait par cinq grands traits historiques importants (Foucault, 2001i).

Une première caractéristique est que le discours scientifique et les grandes institutions qui le produisent (universités, centres de recherche, agences de l'État, etc.) exercent une influence déterminante dans la production de la vérité dans les sociétés avancées. Une deuxième caractéristique est que la vérité est soumise à des incitations d'ordre économique et politique. De plus, c'est à travers les institutions qui la supportent qu'elle produit ses effets sur le corps social, notamment parce c'est par le biais de celles-ci qu'elle tend à s'étendre aux différentes dimensions de l'existence (sexualité, santé, etc.). De même, elle est produite et transmise sous le contrôle d'un nombre limité de grands appareils politiques ou économiques (université, armée, médias, etc.). Enfin, un cinquième grand trait du régime de vérité caractéristique des sociétés avancées est l'enjeu de l'affrontement et de luttes idéologiques. Ces dernières ne sont pas pour l'auteur des luttes de représentations différentes, mais des luttes d'affrontement pour le contrôle du partage du «vrai» et du «faux», pour le contrôle de la production de la vérité ou de discours reconnus comme «vrais» (Foucault, 2001i, p. 158-159). Elles sont en quelque sorte des luttes d'hégémonie des discours.

Dans ses derniers écrits, Foucault emploiera le terme de problématisation pour montrer comment est produit un discours porteur de vérité dans les sociétés avancées. De plus, lorsqu'il parle de problématisation, il ne s'agit pas de représentation d'un objet préexistant ou de la création par le discours d'un objet qui n'existe pas. La problématisation d'un objet, «c'est l'ensemble des pratiques discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du «vrai» et du «faux» et le constitue comme objet pour la pensée (que ce soit sous la forme de la réflexion morale, de la connaissance scientifique, de l'analyse politique, etc.)» (Foucault, 2001i, p. 1489).

Dans cette perspective, notre démarche de recherche a consisté à analyser les logiques discursives par lesquelles sont découpés et problématisés les enjeux de la lutte contre le VIH (cibles et objet de la prévention), la manière dont une réponse au contrôle de l'épidémie (constitution des individus en sujets à risque, mise en place de mécanismes de participation et de mobilisation dans la prévention, etc.) a été envisagée ainsi qu'à identifier les finalités visées par un tel découpage et une telle problématisation. Ceci a permis par la suite de situer le discours de RM dans son contexte d'énonciation et d'analyser les enjeux pour lesquels il apparaît de même que la fonction de régulation que la RM exerce dans le dispositif de lutte contre le VIH.

Cette posture adoptée à l'égard du discours a impliqué que nous accordions au document qui sert de «support» au discours un statut particulier. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, il ne s'agit pas dans ce projet de reconstituer le mode de pensée (perceptions, représentations, etc.) des acteurs impliqués dans le développement de stratégies de lutte contre le VIH, mais plutôt de retracer les logiques à travers lesquelles s'institue ce discours et les effets qu'il produit au plan de la régulation sociale. Dans ces conditions, le document n'est pas considéré comme un lieu où viendrait se déposer une pensée constituée. Il constitue plutôt un espace (tissu documentaire) où il est possible d'identifier les contextes dans lesquels les énoncés apparaissent et de retracer le réseau d'énoncés dans lequel il s'inscrit de manière à faire ressortir les logiques discursives productrices d'un régime de vérité en matière de lutte contre le VIH.

En effet, pour Foucault (1980), si le document était, dans les disciplines qu'on appelle l'histoire des idées, traité dans le but de reconstituer le passé (mémoire, pensée, etc.) d'où il émane, il est devenu le lieu d'analyse des séries, des liens entre les énoncés, bref le lieu de mise en rapport d'un ensemble d'énoncés caractérisant une pratique discursive (formation des énoncés, des objets, etc.). Dans cette perspective, le document

possède une certaine positivité, une certaine matérialité où l'on peut repérer la portée du discours auquel les énoncés appartiennent et le forment comme discours. Autrement dit, nous considérons ici le document comme un espace où il est possible de retracer, à l'intérieur même du tissu documentaire qu'il fournit, les dispositifs (plan, programme, techniques d'intervention, etc.) à partir desquels se constituent les discours de lutte contre le VIH (significations contraintes du discours) et les effets que ceux-ci produisent au plan du partage du «vrai» et du «faux» (significations contraignantes du discours), c'est-à-dire le mode de régulation qui en ressort.

4.2 Sources et collecte des documents

Notre démarche de recherche a consisté dans un premier temps à sélectionner les documents produits depuis que le VIH a été considéré par les autorités québécoises de santé publique comme un enjeu de nature épidémique. La première étape a été de réaliser une fouille sur le Réseau documentaire québécois en santé publique (SANTÉCOM) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce service regroupe les principaux centres de documentation québécois du secteur de la santé publique, dont le centre de documentation de l'INSPQ et de la DSP de Montréal-centre. Bien que l'essentiel de la documentation se rapportant à notre objet d'étude a pu être repéré dans cette banque de données, nous avons complété (et validé) notre recherche documentaire au catalogue CUBIQ du gouvernement du Québec, où sont notamment répertoriés les documents du Centre de documentation du MSSS ainsi qu'à la Banque Réflexes du centre de documentation de l'Agence de développement des réseaux locaux

de santé et de services sociaux (ADRLSSS) de Montréal-centre⁵⁸. Des fouilles ont également été réalisées sur les sites Internet du MSSS, de l'INSPQ, de l'ADRLSSS et de la DSP de Montréal-centre pour retracer les documents récents pouvant être obtenus en «Portable Document Format» (PDF)⁵⁹.

Ces fouilles ont été réalisées à partir des mots clés VIH et sida, en utilisant la conjonction «ou» comme opérateur de sélection ou d'inclusion. Elles ont de plus été réalisées sur les champs «sujet», «titre», «index» ou toute autre catégorie où ces mots pouvaient être indexés. Elles ont permis de retracer tous les documents produits depuis que le VIH est devenu une priorité pour la santé publique québécoise.

Puisque nous nous intéressons ici aux discours se rapportant à l'élaboration du dispositif de lutte contre le VIH, nous avons retenu que les documents qui ont une portée programmatique. Ils ont été sélectionnés à partir de l'un ou l'autre des critères d'inclusion suivant : 1) être un document de planification dans la lutte contre le VIH, 2) être un document ayant été produit dans le but d'élaborer un plan d'action ou 3) être un cadre de référence ou un document d'orientation (ministérielle, etc.) par lequel l'instance qui le publie propose des orientations à suivre. Tous les documents recensés ayant une portée «théorique» ou une visée stricte de production de connaissances (rapport de recherche, document de réflexion, etc.) de même que ceux produits par des instances non décisionnelles (CPLT, Conseil de la Santé et du Bien-Être (CSBE), etc.) en matière de lutte contre le VIH ou de lutte à la toxicomanie ont été exclus du corpus.

⁵⁸ On peut consulter ces services aux adresses suivantes : <http://www.santecom.qc.ca>; <http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca>; <http://www.santemontreal.qc.ca>.

⁵⁹ On peut consulter ces sites Internet aux adresses suivantes : <http://www.msss.gouv.qc.ca>; <http://www.inspq.qc.ca>; <http://www.santemontreal.qc.ca>; <http://www.santepub-mtl.qc.ca>.

Afin de tenir compte de la division du travail qui existe dans le champ de la lutte contre le VIH (planification nationale, planification et programmation régionale, etc.), on a retenu tous les documents provenant du palier national (provincial) et les documents provenant de la région de Montréal-centre. Cette dernière a été retenue parce qu'elle représente la région où le problème du VIH est plus manifeste que dans les autres régions du Québec, mais également pour des motifs logistiques d'opérationnalisation (connaissance préalable des enjeux dans la région, accès aux documents, distance, etc.).

De plus, deux documents provenant du secteur de la toxicomanie ont été inclus dans le corpus. Ce choix est justifié par le fait que ces documents intègrent pour la première fois l'approche de RM dans la lutte contre la toxicomanie et surtout parce qu'ils constituent des documents de référence dans le discours de la phase 5 de la Stratégie de lutte contre le sida.

Les documents retenus pour la constitution du corpus sont présentés à l'annexe 1. Ce sont tous des *documents officiels*. Ils proviennent d'agences de santé publique nationale (provinciale) et de la région de Montréal-centre, soit les agences suivantes : le MSSS et ses différentes directions ou services (groupes de travail, Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), etc.), la RRSSS de Montréal-centre, l'INSPQ et la DSP de Montréal-centre. Certains documents réalisés avant la régionalisation du système de santé proviennent du DSC de Maisonneuve-Rosemont, du DSC de l'Hôpital général de Montréal et du Centre d'études sur le sida.

Enfin, les références bibliographiques contenues dans les différents documents montrent que tous les documents cités ont pu être retracés. On peut donc considérer que les documents retenus au corpus présentent un niveau élevé d'exhaustivité et de

représentativité, tant au palier national (provincial) qu'à celui de la région de Montréal-centre. Le corpus peut également être considéré comme représentatif de «l'évolution» des discours qui se sont développés au fil du temps dans les agences de l'État québécois mandatées pour faire la lutte au danger d'épidémie puisqu'il inclut tous les documents depuis la première heure de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

4.3 Plan d'analyse

L'analyse constitue une étape cruciale dans la démarche de recherche puisque c'est à cette étape que les choix de lecture du matériau collecté sont mis en oeuvre, que notre question de recherche est confrontée à la «réalité empirique» et que s'engage un processus de mise en forme des discours qui serviront par la suite à la rédaction et à l'interprétation des logiques discursives qu'elle aura permis de faire ressortir.

Notre démarche se veut la plus systématique possible. Afin de pouvoir traiter le matériau dans une démarche itérative d'analyse des discours, tous les documents retenus à l'étape précédente ont été intégrés dans un système informatisé d'analyse des données (NVivo). L'analyse des discours s'est dans cette perspective générale réalisée en deux grandes étapes, soit 1) la constitution du corpus d'analyse et 2) la démarche d'analyse des discours.

4.3.1 Constitution du corpus

Le corpus d'analyse a été constitué de toutes les sections de documents portant sur la prévention du VIH. Les autres sections se rapportant par exemple à la prise en charge

des individus vivant avec le VIH (PVVIH) ou au développement de la recherche en matière de lutte contre le sida ont été exclues du corpus. Il a été construit en tenant compte de trois grands principes de base : 1) retenir, à partir des documents obtenus de la collecte du matériau, toutes les sections se rapportant à la prévention du VIH et digitaliser le matériau textuel afin de pouvoir le soumettre à des fouilles systématiques, 2) couper la linéarité dans la lecture des documents en regroupant les énoncés des différents discours se rapportant à un même objet sous un même code (codification) et 3) organiser le corpus de manière à faciliter les comparaisons (dans le temps, entre le palier national et régional, etc.).

La première étape de la constitution du corpus d'analyse a consisté à sélectionner les sections des documents retenus à l'étape de la collecte de données se rapportant aux différentes dimensions (définition de groupes cibles, stratégies et action de prévention, organisation de la prévention, etc.) de la prévention du VIH. Cette sélection a été réalisée par inclusion-exclusion. *Le critère d'inclusion-exclusion est l'objet du discours (quel est l'objet du discours? Se rapporte-t-il à la prévention?).* Ainsi, toutes les sections portant sur l'une ou l'autre des dimensions de la prévention ont été incluses et celles ne s'y rapportant pas ont été exclues, comme par exemple les sections portant sur le traitement clinique des PVVIH (thérapie antirétrovirale, etc.), le soutien psycho-social de celles-ci, le développement de la recherche clinique, les soins, l'évaluation des soins, etc. Lorsque des sections comportaient à la fois une dimension de prévention et de traitement clinique comme par exemple la prévention du VIH auprès des PVVIH, on a retenu que les segments de texte portant sur la prévention. Enfin, les différentes sections ou passages n'ayant aucune pertinence pour l'objet de notre étude ont été exclus. C'est le cas par exemple des références bibliographiques, des tableaux statistiques, des avant-

propos, des annexes statistiques, des chapitres ou des sections méthodologiques, etc. Elles ont cependant été consultées lorsque les analyses le nécessitaient.

Les sections retenues ont été intégrées dans un fichier digitalisé. Une copie de celles-ci a pu rapidement être réalisée pour les documents récents de format PDF. Celles provenant des documents obtenus en format papier ont été numérisées à l'aide d'un lecteur optique et introduites dans le fichier digitalisé. La référence bibliographique de chacune des sections retenues a été inscrite dans le fichier digitalisé, de manière à pouvoir revenir rapidement au contexte d'énonciation lorsque cela a été nécessaire. Le fichier digitalisé a été par la suite intégré au logiciel NVivo qui a été utilisé tout au long des étapes suivantes pour les analyses. Le corpus final comprend environ 600 pages de texte.

Cette première étape a également permis une appropriation de l'ensemble du matériau textuel et d'établir les catégories générales de départ les plus appropriées pour la seconde étape, soit la codification. Tous les segments de texte retenus dans une deuxième étape ont été codés. Le codage est un exercice qui vise à découper le discours dans le but de rendre réalisable son analyse. En effet, lorsque celui-ci est codé, il devient possible d'identifier les redondances et les récurrences portant sur un même objet. De plus, le découpage du discours est essentiel à l'identification des énoncés qui, mis en lien les uns avec les autres, permettent d'identifier les régularités à travers lesquelles les discours d'un sujet ou de plusieurs sujets sur un objet quelconque sont reliés, que ce soit dans la similitude ou dans la différence du propos.

La codification a été réalisée en tenant compte de deux grands principes : 1) la codification de toutes les sections de documents retenues (principe d'exhaustivité) et 2) le choix d'une unité de codage correspondant au type d'analyse envisagée (énoncé-

objet). L'uniformité de la codification a dans cette perspective été atteinte en interrogeant, tout au long du processus de codification, le discours selon le même critère. En effet, tous les segments du discours ont été interrogés à partir du même critère, soit l'*objet du discours : de quoi parle le locuteur? Ou quel est l'objet de son discours?*

La grille de codification a été construite dans un va-et-vient entre, d'une part, les grandes dimensions de notre objet d'étude et, d'autre part, l'émergence de nouvelles thématiques ou de nouvelles manières de les mettre en forme (définition des thématiques ou leur conceptualisation en vue de l'écriture) pour procéder à leur analyse et à l'écriture des résultats. Les thématiques obtenues en bout de ligne sont les suivantes :

- . danger et contrôle de l'épidémie;
- . attribution des risques (groupes à risque et groupes vulnérables);
- . objet de la prévention (prévention des risques individuels);
- . constitution des individus en sujet à risque;
- . participation à la prévention et mobilisation;
- . RM;
- . promotion de la santé et autonomie des individus et collectivités locales;
- . concertation, partenariat structuré et mobilisation des acteurs locaux.

L'utilisation du logiciel NVivo a permis dans une troisième étape de mettre en forme le corpus de manière à pouvoir réaliser des fouilles systématiques sur l'ensemble du corpus ou une partie de celui-ci. Plus précisément, en plus de la codification par thème, ce logiciel permet d'assigner aux différentes parties du corpus des attributs se rapportant à son origine (comme par exemple s'il provient du palier national (provincial)

ou régional, le type d'agences de santé publique, le moment de sa publication, etc.) et de réaliser par la suite des fouilles (par thème ou par mot clé) sur des sous-sections du corpus (selon le palier d'intervention par exemple). Les attributs suivants ont été assignés aux différents textes compris dans le corpus :

- . palier d'intervention (national ou régional);
- . agences ou institutions d'origines;
- . phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida;
- . année de la publication;
- . titre de la publication;
- . titre de la table des matières auquel appartient le texte;
- . auteur-e du document (s'il y a lieu).

Les critères ayant servi à assigner les attributs concerne l'origine des discours, soit des critères se rapportant au temps (phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH par exemple) ou à l'espace (discours provenant du palier régional ou provincial par exemple). Les attributs offrent la possibilité de procéder à de multiples comparaisons et de dégager les régularités et les différences qui caractérisent les discours. Autrement dit, l'utilisation d'un logiciel de ce type permet une plus grande systématique dans la réalisation des fouilles de même qu'une grande opportunité de choix au plan des angles possibles sous lesquels se réalise la lecture du matériau textuel. Si le corpus a d'abord été lu sous l'angle des thématiques présentées ci-dessus et que le matériau textuel de celles-ci a été l'objet de multiples comparaisons (entre le palier national et le palier provincial, selon les différentes phases de la stratégie, etc.), la recherche par mot clé sur une ou plusieurs sections du corpus a permis d'affiner notre lecture, en particulier au plan de la possibilité de re-mettre des énoncés similaires dans leur contexte

d'énonciation pour en faire ressortir les significations précises. Si l'on part du postulat qu'il n'existe pas d'énoncé identique (un même énoncé apparaît toujours dans un espace et une temporalité différents), il est nécessaire de pouvoir rapidement et systématiquement retracer leur contexte d'énonciation pour faire ressortir leur signification précise.

Soulignons enfin que la structure des documents a été prise en considération dans l'analyse et, particulièrement, au plan de l'interprétation. C'est en effet à travers cette dernière que se réalise le premier découpage de la réalité *lutte contre le VIH*. De manière générale, les différents documents comportent une partie sur l'élaboration du problème (évolution de l'épidémie, profils épidémiologiques, etc.), les cibles et l'objet de la prévention (groupes cibles, comportements, etc.), le plan d'action visé (les orientations, les objectifs, etc.) de même que les moyens envisagés (dispositifs, partenariats, etc.). Ainsi, si une lecture par thème a permis par exemple de retracer tous les énoncés se rapportant à l'objet de la prévention, c'est à travers la structure des documents qu'il a été possible de prendre en considération leur contexte d'énonciation et, par conséquent, d'en faire ressortir les significations précises.

4.3.2 Description du corpus de discours analysés

Notre recherche repose sur un matériau déjà constitué, soit un corpus de discours issus des institutions mandatées pour lutter contre le danger d'épidémie du VIH. Il constitue un ensemble de discours fidèles au processus dans lequel s'est développé le dispositif québécois de lutte contre le VIH. Plus précisément, ces discours sont issus des travaux de planification et de programmation nationale (provinciale) et régionale (Montréal-centre) réalisés à l'intérieur de chacune des phases de la Stratégie québécoise

de lutte contre le sida. Cette dernière s'est élaborée selon 5 grandes phases, soit la première phase s'échelonnant de 1987 à 1988, la deuxième de 1989 à 1992, la troisième de 1992 à 1996, la quatrième de 1997 à 2002 et la dernière en cours de réalisation, soit de 2003 à 2009. Schématiquement, le corpus des discours analysés selon les phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida se présente comme ceci :

Tableau 5 :
Corpus de discours analysés selon les phases de la
Stratégie québécoise de lutte contre le sida*

Phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida	Palier national	Palier régional
Phases 1 et 2 (1987-1992)	Groupe de travail sur le sida, 1988 Comité de prévention du sida, 1988	Arcand, L., 1990 Roy, É. et Thabet, C., 1991a et 1991b
Phase 3 (1992-1996)**	CQCS, 1991a CQCS, 1991b CQCS, 1991c CQCS, 1992 CQCS, 1994	DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992 Hankins, C. <i>et al.</i> , 1993 Beauchemin, J. <i>et al.</i> , 1994 Morissette, C., 1994a et 1994b
Phase 4 (1997-2002)	CQCS, 1996 CQCS, 1997 CQCS, 1998	RRSSS de Montréal-centre, 1996 DSP de Montréal-centre, 1996, 1997a à 1997c RRSSS de Montréal-centre, 1999, 2000a à 2000c DSP de Montréal-centre, 2001, 2002a et 2002b
Phase 5 (2003-2009)	INSPQ, 2002 MSSS, 2004	DSP de Montréal-centre, 2003 et 2004
Orientations ministérielles de lutte à la toxicomanie	MSSS, 2001 MSSS, 2002	

* Les références complètes des documents sont présentées à l'annexe 1.

** La phase 3 devait se terminer en 1996, mais elle a été prolongée d'un an, jusqu'en 1997.

Des extraits illustrant le type de matériau du corpus sont présentés à l'annexe 2. Les discours provenant du palier national (provincial) sont, à l'exception des documents d'orientations ministérielles de lutte à la toxicomanie, tous étroitement reliés au développement de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (colonne 1 du tableau 1). Ils sont le résultat d'un bilan des efforts réalisés dans la lutte contre le sida et d'un travail de redéfinition des orientations, des objectifs et des stratégies d'actions nécessaires à cette lutte. Ils proviennent de documents de consultation, de documents de planification et de programmation ou de cadre de référence en matière de prévention du VIH. Ils offrent la possibilité de réaliser des comparaisons diachroniques permettant de retracer les transformations du dispositif de lutte contre le VIH.

La phase 1 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida a consisté en un certain nombre de recommandations, dont celle de mettre sur pied un groupe de travail formé d'experts en prévention, avec le mandat d'élaborer un document (Comité de prévention du sida, 1988) sur les grandes orientations à adopter en matière de lutte contre le VIH. Ces orientations ont été intégrées dans le premier grand document synthèse sur la lutte contre le sida (Groupe de travail sur le sida, 1988), qui a en même temps constitué les orientations de la phase 2 de la stratégie. Ainsi, lorsque nous parlons dans ce texte des premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, nous faisons référence principalement à ces deux documents réalisés dans la phase 1, mais mis en oeuvre comme phase 2.

Les discours provenant de ces deux documents sont d'une grande importance car ils fixent les fondements à partir desquels vont s'élaborer les autres phases de la stratégie. En effet, malgré des transformations dans les discours au fil du temps, les grands axes de la stratégie sont élaborés à partir de la phase 2. De plus, c'est dans ces deux documents de première heure que la lutte contre le VIH fait l'objet d'une longue

problématisation, à la fois des enjeux épidémiques posés par l'avènement du VIH, des orientations et des stratégies d'action à mettre en place pour contrer le danger d'épidémie. Les discours des phases subséquentes se sont développés en suivant les orientations discursives à l'origine de la stratégie, même si les contextes d'énonciation dans lesquels ils apparaissent se transforment dans le temps et, comme nous le verrons, permettent de constater un certain nombre d'inflexions du discours.

Ainsi, les discours provenant de ces *deux* documents ont constitué la base sur laquelle nos analyses se sont fondées. Ceci s'explique par le fait que nos analyses visent à retracer les transformations qui se sont réalisées dans le temps, mais surtout parce qu'ils portent sur du matériel préexistant (source secondaire) et qu'il est nécessaire, pour ne pas engendrer de biais, de *rester fidèle* au corpus de discours analysés. C'est donc par *souci de fidélité* que les discours provenant de ces deux documents de première heure sont *davantage cités* dans les chapitres qui présentent les résultats de nos analyses. Ils représentent non seulement un nombre d'énoncés plus élevés et un propos riche au plan discursif, mais ils constituent le point d'origine où ont été fixées les grandes orientations discursives dans lesquelles l'objet «prévention du VIH» a été problématisé.

Les discours des phases 3, 4 et 5 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida proviennent de documents de consultations (colonne 1 du tableau 1) visant à dresser un bilan des réalisations antérieures et de documents présentant, pour chacune des phases, les «ajustements» à apporter aux stratégies de prévention, y compris l'élaboration de cadres de référence spécifiques destinés à la prévention auprès de populations cibles (jeunes, jeunes hors milieu scolaire, usagers-ères de drogues, etc.). Ils s'inscrivent dans les grandes orientations discursives à travers lesquelles la prévention a été problématisée à l'origine de la stratégie, soit, comme nous le verrons, la prévention des risques individuels.

L'analyse des discours des différentes phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida a rendu possible la réalisation de *comparaisons diachroniques*. Le choix de cette *unité d'analyse* est justifiée du fait que les discours par lesquels la prévention des risques individuels s'institutionnalise au sein du dispositif de lutte contre le VIH et des agences québécoises de santé publique se transforment dans le temps. Il fallait donc mettre de l'avant une démarche d'analyse permettant de retracer les transformations de ces discours et d'en dégager les continuités comme les inflexions ou les discontinuités. Les résultats du chapitre 5 sont présentés en tenant compte de cette dimension temporelle, soit les différentes phases de la stratégie.

Le corpus est également composé des discours portant sur la prévention du VIH et de la toxicomanie auprès des usagers-ères de drogues. Le document intitulé *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention* du CQCS (1994) du MSSS de même que les plus récentes orientations ministérielles sur la lutte contre la toxicomanie intitulées *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention et actions* (MSSS, 2001) et *Agir ensemble. Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie* (MSSS, 2002) sont inclus dans le corpus final.

Le premier document est issu d'un «engagement» pris dans la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida de définir des orientations de lutte contre le VIH adaptées à la réalité spécifique des usagers-ères de drogues. C'est dans ce cadre que le concept de RM est officiellement entré dans le discours du MSSS et est devenu un référent dans ceux des phases subséquentes de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Les discours de ce cadre de référence permettent de voir comment le CQCS a problématisé la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues, la place que la RM occupe à l'intérieur du dispositif de prévention du VIH auprès de cette population

spécifique de même que les stratégies opérationnelles privilégiées et promues par cette instance du MSSS, soit des stratégies fondées sur l'approche de promotion de la santé.

Les discours provenant d'orientations ministérielles sur la lutte contre la toxicomanie ont également été inclus au corpus puisqu'ils constituent, depuis la dernière phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, des documents de référence importants en ce qui a trait à la thématique «RM». Ils ont été élaborés dans un objectif de faire un bilan des actions réalisées en matière de lutte contre la toxicomanie et d'arriver à un consensus sur les orientations et les actions à privilégier dans l'élaboration d'une nouvelle politique de lutte contre la toxicomanie⁶⁰. Malgré le fait que le concept de RM a migré vers le secteur de la lutte contre la toxicomanie que récemment (tournant du millénaire) et qu'il n'existe toujours pas de véritable politique québécoise de RM liée à l'usage de drogues, ces orientations ministérielles ouvrent un champ d'interdiscursivité susceptible d'avoir de plus en plus d'effets structurants sur le discours de la lutte contre le VIH dans l'avenir.

Dans la mesure où la lutte contre le VIH se réalise dans un système de santé régionalisé, qu'il revient aux autorités régionales de santé publique d'adapter les grandes orientations nationales à la spécificité des réalités régionales et qu'il est de leur mandat d'élaborer des plans d'action régionaux en matière de prévention du VIH, le corpus est composé de discours se rapportant à la planification et à la programmation des actions de prévention du VIH destinées aux usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre (colonne 2 du tableau 1). Comme nous l'avons déjà mentionné, la région de

⁶⁰ Au moment où nous écrivons ces lignes, le MSSS est en train d'élaborer une nouvelle politique de lutte contre la toxicomanie.

Montréal-centre a été retenue parce qu'elle représente la région où le problème du VIH est plus manifeste que dans les autres régions du Québec.

Il faut souligner ici que le premier plan d'action régional de prévention du VIH destiné aux usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre n'a été élaboré qu'en 1996. Ceci s'explique par le fait que, si la régionalisation du système de santé a été décrétée dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, ce n'est que quelques années plus tard que les équipes des DSC ont été regroupées au sein de la DSP de Montréal-centre et que les travaux nécessaires à l'élaboration d'une planification régionale ont été rendus possible.

Ainsi, pour des raisons de fidélité au processus dans lequel s'est développé le dispositif de lutte contre le VIH dans la région de Montréal-centre, nous n'avons retenu, dans les discours produits avant 1996 (colonne 2, phases 1 à 3), que les énoncés se rapportant à trois thématiques, soit 1) à la manière dont la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues a été problématisée comme enjeu de santé publique, 2) à l'historique du développement des premiers projets pilotes pour rejoindre la population UDI (CACTUS-Montréal et Pic-Atouts) et 3) à l'apparition du concept de RM dans le discours de santé publique. Tous les énoncés visant l'élaboration d'un plan d'action avant 1996 ont été exclus. Ceci est justifié par le fait que, s'ils ont servi de point de repère pour l'élaboration du premier plan d'action en 1996, les premiers plans envisagés n'ont jamais été mis en oeuvre dans la réalité⁶¹.

⁶¹ Cette information a été validée auprès de la responsable de la programmation des actions de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues à la DSP de Montréal-centre. Cette personne travaille sur cette problématique depuis la fin des années 1980, soit depuis le début du développement des projets pilotes de programmes d'échange de seringues (PES) destinés aux usagers-ères de drogues.

Les plans d'actions régionaux développés depuis 1996 (colonne 2, phases 4 et 5) offrent quant à eux des discours axés sur la mise en oeuvre concrète des dispositifs de prévention dans la région de Montréal-centre. Ils ont permis de retracer les grands axes de ces plans, les priorités d'action, les approches jugées «efficaces», la place occupée par l'approche de RM dans cette programmation, les mécanismes d'attribution des ressources et les mandats de prévention confiés aux organismes communautaires de prévention du VIH, etc.

Enfin, ces discours montrent que, depuis le milieu de la phase 4 de la stratégie (1999-2000), la planification des actions destinées aux usagers-ères de drogues est intégrée dans le plan d'action régional de lutte contre le VIH-sida de la RRSSS. Par conséquent, les discours se rapportant à la prévention auprès de cette population cible sont dorénavant intégrés à l'ensemble du discours de lutte contre le sida. Toutefois, cette intégration a été réalisée dans un objectif de révision de l'allocation des ressources entre les différents secteurs de lutte contre le sida (prévention, clinique, etc.), dans le but d'optimiser les ressources financières. Par conséquent, ce sont surtout les discours sur les modalités de la mise en oeuvre qui se transforment (lien de partenariat avec les organismes communautaires, etc.), ceux portant sur les axes et les approches de prévention se transforment peu.

4.3.3 Démarche d'analyse : énoncé et fonction énonciative

Notre stratégie d'analyse a consisté à identifier, par la description et l'analyse des jeux énonciatifs, les significations des discours portant sur la prévention du VIH et la RM. Il est donc nécessaire de préciser ce que nous entendons par énoncé (ou fonction énonciative) pour pouvoir par la suite décrire la stratégie d'analyse proprement dite.

Pour Foucault (1980), l'énoncé ne doit pas être défini selon des critères syntaxiques ou sémantiques. Si la phrase ou la proposition possède une unité (grammaticale, syntaxique, etc.) qui fait qu'elle peut exister seule, un énoncé s'inscrit toujours dans un champ énonciatif (séries d'autres énoncés) qui ne possède pas une telle unité. Ainsi, ce qui différencie l'énoncé de la phrase ou de la proposition, c'est la fonction (énonciative) qu'il exerce dans un champ énonciatif, soit celle de donner une existence aux objets qu'il nomme, désigne, décrit, etc. (Foucault, 1980). Dans cette perspective, l'énoncé possède quatre grandes caractéristiques qui le distingue des acceptions de la linguistique ou de la sémantique.

Une première caractéristique de l'énoncé est celle d'agir comme *opérateur de différenciation* dans un jeu énonciatif et de donner aux objets ou aux individus qu'il nomme, désigne, décrit, etc., une existence singulière, voire de les faire entrer, en les différenciant les uns des autres, dans le registre du «vrai» ou du «faux». Une deuxième caractéristique est que l'énoncé n'émane pas d'un auteur-e pouvant dire n'importe quoi dans n'importe quelle circonstance, donc d'un sujet anthropologique, mais de la position ou de la posture que peut ou doit occuper un individu qui formule un énoncé (ce qui est accepté et acceptable comme formulation, défendu et défendable, etc.) dans un contexte d'énonciation. Une troisième caractéristique est qu'un énoncé n'existe pas en soi ou par lui-même, sans l'existence d'un domaine associé (autres formulations dans lesquelles l'énoncé s'inscrit, formulations auxquelles l'énoncé se réfère explicitement ou implicitement, etc.). L'énoncé n'est jamais neutre, il fait toujours partie d'un champ énonciatif (série d'autres énoncés), il s'intègre toujours dans un jeu énonciatif. Enfin, une quatrième caractéristique de l'énoncé est qu'il n'a d'existence qu'une existence matérielle, qu'il acquiert à travers son champ d'utilisation, soit à travers les institutions où il émane et au milieu des autres énoncés où il est utilisé. Si un énoncé peut être

répété, il l'est toujours dans des conditions singulières d'énonciation, de telle sorte qu'il n'exerce jamais complètement la même fonction, dans le temps ou dans l'espace où il est utilisé.

Ainsi, notre stratégie d'analyse s'appuie sur l'idée que, d'une part, le discours de prévention du VIH est constitué d'un ensemble d'énoncés dispersés provenant et appartenant à un même système discursif (dispositifs de santé publique : plans, programmes, etc.) et, d'autre part, que les énoncés se rapportant à ses différents objets (le risque d'infection, le sujet à risque ou le sujet protégé, le partenariat public/privé, etc.) ont comme fonction de leur donner une existence ou de les faire entrer dans le registre du «vrai», à travers 1) la différenciation qu'ils réalisent dans le jeu énonciatif sur la prévention (découpage, délimitation, classement, etc.), 2) l'autorité (expertise, statut, etc.) où les locuteurs impliqués dans le développement et la mise en oeuvre de la prévention sont autorisés à parler et la posture qu'ils adoptent ou la lecture qu'ils font des objets (sociologique, médicale, psychologique, épidémiologique, communautaire, etc.), 3) le champ énonciatif dans lequel les énoncés sur l'un ou l'autre des objets s'insèrent (prévention du VIH, promotion de la santé, traitement de la toxicomanie, etc.) et 4) les lieux d'émanation ou d'utilisation des énoncés (MSSS, RRSSS, DSP, etc.).

Dans cette perspective, les questions qui ont guidées la lecture des discours analysés dans la thèse sont les suivantes: selon quelles logiques les énoncés font-ils entrer un objet quelconque dans l'ordre du discours «vrai»? Le font-ils selon les mêmes logiques au fil du temps? Le font-ils selon les mêmes logiques au palier national (provincial) et au palier de la région de Montréal-centre? Et s'il y a transformations des discours, quelles sont les contraintes ou les conditions de possibilité auxquelles elles semblent obéir?

L'analyse s'est réalisée selon deux grandes étapes, soit une première étape de description des jeux énonciatifs se rapportant à chacun des objets constitutifs du discours de prévention et une seconde étape de mise en liens des énoncés se rapportant à chacun de ces objets et de schématisation des significations obtenues.

La première étape a consisté à décrire, en tenant compte des différents niveaux d'énonciation mentionnés ci-dessus, les logiques discursives à travers lesquelles l'un ou l'autre des objets de la prévention a été problématisé. Plus précisément, la stratégie d'analyse a consisté à décrire les énoncés qui se rapportent à l'un ou l'autre de ces objets, à identifier les dispositifs (Stratégie québécoise de lutte contre le sida, plans régionaux, etc.) auxquels ils sont rattachés ou soumis et à repérer les effets qu'ils produisent au plan du découpage de la pratique de prévention du VIH. Cette première étape d'analyse a permis d'identifier, pour chacun des objets du discours, les significations des énoncés qui s'y rapportent. Par exemple, il a été possible de voir comment les énoncés se rapportant à l'objet *attribution du risque d'infection* découpent au fil du temps les réalités *groupes à risque* et *populations vulnérables*, pour répondre à quelles contraintes ils le font (rejoindre les populations les plus marginalisées dans une société productrice de précarité et d'exclusion) et quels sont les énoncés qui sont inclus (ou exclus) dans la production d'un plan de vérité sur cet objet (logique de discrimination positive, excluant toute référence aux effets négatifs des inégalités sociales sur l'exposition au VIH). Le même type de travail d'analyse a été réalisé pour tous les objets de la recherche. Cette première étape d'analyse a permis de faire ressortir les significations liées au découpage des objets, les contraintes auxquelles les énoncés obéissent ainsi que les visées (implicites ou explicites) des différents discours de prévention dans la lutte contre le VIH.

La deuxième étape d'analyse a consisté, sur une base comparative, à identifier le réseau dans lequel les énoncés portant sur chacun des objets de la prévention s'inscrivent. Plus précisément, cette deuxième étape a permis de repérer les énoncés qui agissent comme opérateur de différenciation dans la constitution des objets de la prévention, à identifier les liens existants entre eux et à faire ressortir les logiques discursives par lesquelles ils forment une architecture caractéristique du dispositif de lutte contre le VIH. Nous verrons à cet effet que deux grandes logiques «complémentaires» soutiennent l'ensemble des énoncés se rapportant à l'un ou l'autre des objets analysés, soit la protection de l'ordre sanitaire (finalité poursuivie) et la prévention des risques individuels comme seule et unique réponse au contrôle du danger d'épidémie. Nous verrons également que cette dernière se transforme dans le temps et que, si elle vise dans un premier temps à encadrer l'espace de liberté d'action des individus à risque par la prescription d'une norme comportementale protectrice, elle vise dans un deuxième temps le soutien du potentiel d'autonomie à l'égard des risques par l'action sur les besoins sociaux primaires.

4.4 Présentation des résultats

L'analyse porte sur les discours et elle vise à dégager les logiques discursives à travers lesquelles sont problématisés les enjeux de la lutte contre le VIH, par l'analyse des jeux énonciatifs se rapportant aux différents objets de la prévention. Les logiques discursives obtenues de ces analyses sont présentées aux chapitres 5 et 6. Elles sont décrites et appuyées soit par des références aux documents d'où elles proviennent, soit par de courts énoncés à l'intérieur du texte ou par de plus longs énoncés cités hors texte, au centre de la page.

Les références aux documents permettent de retracer le lieu d'origine d'un ou de plusieurs énoncés sur lesquels s'appuient notre description. Les énoncés cités ont été choisis pour soutenir la présentation des résultats de nos analyses. Ils ont donc été retenus en fonction des logiques discursives obtenues et en fonction du fait qu'ils permettaient d'appuyer ces résultats, notamment au plan des différentes comparaisons présentées : comparaisons diachroniques, entre les paliers d'origine du discours (provincial ou régional), entre les documents, etc.

De manière générale, lorsque nos analyses portent sur un aspect limité du discours, l'énoncé qui l'appuie est présenté dans le texte. C'est le cas par exemple à la section 5.1 où l'on cite un énoncé se rapportant à la manière dont l'objectif de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida a été définie. Lorsqu'une logique discursive porte sur plusieurs énoncés, on a généralement retenus un énoncé pour illustrer les résultats de l'analyse. Toutefois, les logiques discursives obtenues proviennent souvent de l'analyse de plusieurs énoncés se rapportant à un même objet et il n'est pas toujours possible de retracer un seul énoncé capable de rendre compte de la complexité de la portée discursive du propos. Il faut également considérer que nos analyses sont réalisées à partir de l'énoncé (et non pas à partir du lexique ou de la phrase) et que celui-ci prend sa signification dans le champ énonciatif (contexte d'énonciation) où il existe.

Il est également important de souligner que la présentation de nos résultats tient compte de la posture que nous avons adopté à l'égard du discours. Comme nous l'avons souligné, nous considérons le discours comme des significations contraintes et contraignantes. Si l'adoption de cette posture visait surtout à considérer les discours autrement que comme le produit de l'histoire des idées ou le simple reflet de la réalité, mais comme l'articulation entre les deux, il est nécessaire de préciser comment cela se reflète dans la présentation de nos résultats.

Au plan des contraintes du discours, notre analyse ne retient que celles repérables à travers le discours lui-même, car ce n'est pas l'objectif de la thèse d'identifier toutes les contraintes auxquelles il obéit. Une telle analyse étant par ailleurs difficile à réaliser, surtout lorsqu'il s'agit de discours qui ont une portée historique, si courte soit-elle.

Les contraintes ou les conditions de possibilités des énoncés repérables à l'intérieur du discours sont présentés dans le texte d'analyse lui-même et ils servent en partie à l'interprétation des résultats obtenus. Par exemple, les discours analysés à la section 5.5 sur la collaboration entre les agences de santé publique et les organismes communautaires de prévention du VIH montrent que les formes qu'a pris cette collaboration se sont transformées dans le temps, passant d'un type de relation de collaboration-concertation à la fin des années 1980 à un type de relation partenariale depuis les années 1990 à aujourd'hui.

Ces transformations dans le discours sont analysées comme étant conditionnées par les transformations du lien entre l'État et les organismes communautaires depuis les réformes relevant de la Commission Rochon (1985-1988), soit en lien avec leur reconnaissance comme organismes communautaires autonomes dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, la régionalisation du système de santé et les nouvelles missions des RRSSS à l'égard des organismes communautaires, la participation des organismes communautaires à l'élaboration des PROS, etc. Par conséquent, les résultats de nos analyses sont présentés de manière à tenir compte de ces contraintes ou de ces conditions de possibilité qui s'exercent sur les discours de lutte contre le VIH, du moins celles qui sont repérables par l'analyse des discours elle-même.

En ce qui a trait aux significations contraignantes, elles sont présentées par les logiques discursives elles-mêmes, c'est-à-dire l'espace qu'elles délimitent comme

registre du «vrai» ou, pour dire plus concrètement, ce qui est considéré comme «ce qu'on doit faire» pour être efficace dans la réduction des risques et la lutte contre l'épidémie du VIH.

Il est enfin important de mentionner que les discours fonctionnent également par exclusion, c'est-à-dire en excluant certains énoncés qui auraient pu apparaître dans le discours. Les exclusions repérables sont soulignées tout au long du texte, même si elles peuvent faire place à certaines redondances. Par exemple, nous avons vu précédemment que, selon les experts de santé publique, l'action en direction des conditions qui favorisent la vulnérabilité au risque (sur les politiques, les cadres légaux, etc.) est nécessaire au contrôle du danger d'épidémie ou à la réduction des risques. On verra que les discours de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida exclue ces aspects. On le souligne donc tout au long du texte afin de tenir compte de ces exclusions et de leurs significations au plan des enjeux de la lutte contre le VIH.

CHAPITRE 5

EXPOSITION AU VIH ET

PRÉVENTION DES RISQUES INDIVIDUELS

Ce chapitre analyse les discours des documents du MSSS par lesquels s'est élaborée la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Il vise à répondre à une des dimensions de notre question de recherche, soit à faire ressortir les logiques discursives à travers lesquelles la *prévention des risques individuels* s'est institutionnalisée au sein du dispositif de lutte contre le VIH. Plus précisément, il traite de la manière dont ces discours investissent les différents objets de la *lutte contre le VIH* et les construisent comme objet de planification et de programmation étatique.

La section 5.1 analyse les discours par lesquels la Stratégie québécoise de lutte contre le sida pose le problème des enjeux épidémiques liés à l'apparition du VIH et la réponse qui y est apportée. Les sections suivantes analysent ceux à travers lesquels l'action de lutte contre le VIH est problématisée, soit les discours portant sur les cibles et l'objet de la prévention (sections 5.2 et 5.3), ceux se rapportant au sujet à risque et à l'agir préventif (section 5.4) et, enfin, ceux par lesquels l'adhésion aux normes de prévention des risques individuels est visée (section 5.5).

Conformément à la démarche d'analyse exposée dans le chapitre méthodologique, les résultats obtenus sont présentés selon les différentes phases (1 à 5) de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Ils proviennent des discours retenus aux documents exposés à la colonne 1 du tableau 1⁶², soit les documents se rapportant à la planification nationale (provinciale) de la lutte contre le VIH. Les analyses réalisées rendent possibles des *comparaisons diachroniques* permettant de retracer les transformations que les discours de prévention ont subi au fil du temps et d'en dégager les continuités comme les inflexions. Ainsi, si la stratégie individualise les enjeux de la lutte contre le VIH, on

⁶² Exceptions faites du cadre de référence sur *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention* (CQCS, 1994) et des documents relatifs aux orientations ministérielles de lutte à la toxicomanie qui seront analysés dans le prochain chapitre.

verra qu'elle se présente comme une technologie politique qui fait appel, dans un premier temps (phases 1 à 3), à la responsabilité individuelle (adaptation au risque que représente le VIH) et, dans un deuxième temps (phases 3 à 5), à l'autonomie des individus à travers la mobilisation des acteurs locaux (gestion locale de la vulnérabilité au risque d'infection). Une synthèse de ces transformations et une mise en forme du contexte d'institutionnalisation de la RM sera présentée à la section 5.6.

Rappelons ici que dans un souci de fidélité au corpus de discours analysés, les documents *Rapport synthèse* du Groupe de travail sur le sida (1988) et *Plan d'orientation et d'action pour la prévention du sida au Québec* du Comité de prévention du sida (1988) à la base de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida sont davantage cités que les autres, particulièrement dans la première section de ce chapitre. Ceci s'explique, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre méthodologique, par le fait qu'ils constituent le point d'origine où ont été fixées les grandes orientations de la stratégie, mais surtout parce que c'est à ce moment que les enjeux épidémiques liés à l'avènement du VIH et ceux liés à la «prévention du VIH» ont été l'objet d'une problématisation d'ensemble. Les discours des autres phases se sont appuyés sur cette première problématisation, bien qu'ils ont subi plusieurs inflexions au fil du temps, particulièrement en relation avec les réformes du système de santé de 1991 et en relation avec l'émergence dans le secteur de la santé publique de l'approche de promotion de la santé. Sur ce plan, la phase 3 de la stratégie constitue une phase charnière car elle s'est mise en place au même moment que s'est amorcée concrètement les changements organisationnels de la réforme (regroupement des DSC dans les DSP, régionalisation des équipes, etc.), que la promotion de la santé devient explicitement le référent en matière de politiques de santé publique et également au moment où la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991 reconnaît officiellement la contribution

des organismes communautaires à la mission de l'État en matière de santé et de services sociaux.

5.1 La Stratégie québécoise de lutte contre le sida : un dispositif de sécurité

Bien que la santé publique ait comme objectif l'amélioration de la santé des populations les plus défavorisées et les plus vulnérables aux risques sanitaires, le contrôle du danger d'épidémie, en tant que danger constituant une menace potentielle pour la population dans son ensemble, constitue la prémisse de base sur laquelle s'est édifiée la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Le premier rapport synthèse du groupe de travail sur le sida de 1988 sonne l'alarme en ce sens en donnant une définition *large et extensive* de ce qu'est une épidémie, soit en définissant celle-ci comme une fréquence très inhabituelle d'une maladie, mais qui ne préjuge pas de sa transmissibilité ni de l'importance du phénomène (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 1). Une épidémie ne se mesure donc pas à l'importance du phénomène dans son ensemble, mais plutôt à la fréquence inhabituelle d'une maladie dans une population donnée. Par conséquent, des taux très faibles peuvent être considérés comme ayant une portée épidémique s'il est jugé que la transmission est difficilement contrôlable (absence de vaccin, dépistage difficile, accès difficile aux populations jugées à risque, etc.).

Ainsi, dès les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, le danger d'épidémie est construit comme un *danger imminent* dont l'issue est inconnue, toutes les épidémies auraient leur «histoire naturelle», leur processus «naturel» de développement. L'interrogation porte sur le stade de son évolution (début, apogée ou fin?) et sur l'importance qu'elle aura (deviendra-t-elle endémique ou disparaîtra-t-elle?). Il est considéré que les cas de sida sont assez élevés moins de 10 ans après la détection

du premier cas reconnu au Québec (octobre 1979) pour qu'il y ait un danger réel d'épidémie sur un long terme (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 7), principalement parce que le sida est une maladie d'origine virale qui se transmet par les relations sexuelles et parce que le caractère latent de l'infection (temps d'incubation de la maladie) est un élément qui favorise la transmission du VIH sur une grande échelle. Il est également présumé à ce moment que la transformation de l'épidémie en endémie est possible à Montréal (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 33).

Dans cette perspective, le plan affirme que «Le grand objectif⁶³ du programme de prévention proposé est de réduire la transmission du virus dans le but de diminuer l'incidence du SIDA» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 1). Cet objectif est déterminé en relation avec l'idée qu'il faut maintenir l'évolution des taux de prévalence en dessous d'un seuil (10% selon les savoirs épidémiologiques)⁶⁴ permettant de limiter le potentiel de développement exponentiel de l'épidémie, sans avoir à adopter des mesures «drastiques» à l'égard des individus et des groupes les plus exposés. Le caractère épidémique du VIH est un élément clé sur la base duquel il est jugé essentiel de mobiliser des ressources «tout à fait spéciales». La gestion de l'épidémie doit constituer une priorité gouvernementale et la réponse au danger d'épidémie doit viser à briser la chaîne de transmission sur un court terme, par la prévention des risques individuels dans les groupes qui ont des pratiques dangereuses pour la santé publique. L'établissement d'un dispositif de coordination des activités de lutte contre le sida pour l'ensemble du Québec (création du CQCS en 1989), de mécanismes de surveillance de l'évolution de l'épidémie et d'évaluation de l'efficacité des interventions de prévention

⁶³ Les caractères soulignés sont du document original.

⁶⁴ On considère qu'un taux de séroprévalence supérieur à 10% dans un groupe est un indicateur de l'atteinte d'un seuil annonciateur d'une flambée épidémique incontrôlable.

sont les principaux moyens envisagés à l'époque pour assurer une gestion efficace de l'évolution de l'épidémie (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 33-34).

Autrement dit, le danger d'épidémie du VIH et, en particulier, la transmission à grande échelle du virus sont perçus comme relevant d'un processus «naturel» envers lequel il faut déployer un dispositif de sécurité permettant de neutraliser l'ampleur du fléau potentiel, sur un court terme. Dans ces conditions, la prévention des risques individuels, dans la mesure où elle permet d'agir (directement) sur les forces qui sont inhérentes (espace de liberté des individus) à la transmission du VIH, est perçue comme le *seul et unique* moyen de lutter efficacement contre l'épidémie du VIH.

En effet, si pour les auteurs-es de ce document de première heure le principal dilemme posé par l'avènement du sida est la protection de l'ensemble de la société (de l'ordre sanitaire) tout en entravant le moins possible les principes fondamentaux sur lesquels elle est bâtie (les droits et libertés individuelles⁶⁵), la nécessité de restreindre l'exercice des droits d'un individu est justifiée par la volonté de respecter les droits de l'ensemble des individus, même si cet équilibre est jugé délicat et difficile à atteindre (Comité de prévention du sida, 1988, p. 47).

Les responsables de la santé publique ont l'obligation morale et légale de prévenir la propagation des infections et des maladies contagieuses susceptibles d'entraîner la mort. Ce fait incontestable est fondé sur la présomption que, pour le bien de la collectivité, il est justifiable dans certaines conditions, d'obliger des individus à accepter de subir des atteintes à leur liberté. Dans ce contexte, il n'y a en soi rien de contraire à l'éthique que de conférer aux responsables de la santé le

⁶⁵ Soulignons que l'usage de drogues n'est pas interdite au Canada, mais que c'est la fabrication, la vente et la possession qui sont interdites. Ainsi, du point de vue des législations sur les drogues, l'usage de drogues peut être considéré comme une liberté individuelle, même si dans la réalité la distinction entre usage et possession n'a qu'une portée pratique limitée.

pouvoir d'imposer certaines pratiques sanitaires, comme les tests, la déclaration d'office, la relance des contacts, l'immunisation, les traitements et même l'isolement et la quarantaine (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 49-50).

Dans ces conditions, si les valeurs, les croyances de même que les perceptions qui influencent la manière d'établir un équilibre entre les droits de la personne et celui de la protection de la santé publique varient d'une époque à l'autre et que les interventions sanitaires doivent, dans les sociétés libérales avancées, respecter le libre choix⁶⁶ et éviter le recours à des mesures coercitives (isolement, enfermement, mise en quarantaine, etc.) pour ne pas éroder le tissu social⁶⁷, on juge que le sida place la santé publique devant

⁶⁶ Chacune des phases de la stratégie réaffirment ce principe de respect des libertés des individus en le formulant sous différents angles comme le respect du mode de vie, des valeurs, des choix réalisés à l'égard de l'usage de drogues, etc. Établi à l'origine de la création de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, il traverse l'ensemble du discours de prévention, même si les contextes d'énonciations changent et qu'il prend une signification différente dans chacun de ces contextes. Dans le document synthèse à l'origine de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, c'est le juste milieu entre le droit de l'individu à la liberté et à la vie privée et le droit de la société à la protection de la santé qui est recherché (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 50). Nous verrons tout au long de ce texte que si ce principe de respect des libertés individuelles est évoqué pour éviter la stigmatisation et les discriminations à l'égard de groupes ciblés comme prioritaires par la santé publique, on y a également recours pour promouvoir le principe de tolérance à l'égard des usagers-ères de drogues nécessaire à l'accès à leur espace clandestin ou illicite pour y déployer des mesures de prévention des risques individuels.

⁶⁷ Pour les auteurs-es de ce rapport, si la santé publique peut être légitimée dans certaines situations d'avoir recours à des mesures coercitives, il faut que ces mesures soient justifiées, c'est-à-dire que la démonstration soit faite qu'elles sont nécessaires, efficaces, sensibles, spécifiques et proportionnées (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 51). Ainsi, dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, elles sont considérées comme de dernier recours car elles ont un potentiel d'effets néfastes plus élevés que de bienfaits. Sera préconisé, comme nous le verrons dans les chapitres suivants, le développement d'activités de prévention axées sur la *persuasion* (information, sensibilisation, éducation, etc.), la «*participation volontaire*» et la *mobilisation* de tous les acteurs (y compris les individus à risque) dans la prévention.

l'obligation de prévention, dans un contexte où elle est dépourvue de ses outils traditionnels de lutte contre les épidémies (vaccin, procédures de dépistage, etc.).

Alors qu'il vaut toujours mieux "prévenir que guérir", le SIDA, maladie sans guérison, mortelle aujourd'hui à tout coup, place la santé publique, devant un des défis les plus importants de son histoire, celui de l'obligation de la prévention et ce, dans un contexte où elle est dépourvue de certains de ses outils traditionnels : vaccin, dépistage efficace pour un traitement précoce, et alors même que les sociétés démocratiques se refusent évidemment aux méthodes coercitives : quarantaine, exclusion, etc. [...] La voie de la prévention est donc étroite, mais c'est cette contrainte elle-même qui donne à la prévention son sens le plus entier. [...] L'essentiel de la prévention du SIDA repose sur l'adaptation personnelle des pratiques sexuelles surtout, même si des mesures peuvent être prises au niveau environnemental pour faciliter cette adaptation - disponibilité des condoms par exemple - et si des mesures simples doivent s'appliquer pour limiter la transmission de façon active - comme les tests pour la transfusion de sang ou le don d'organes (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 83).

D'une part, l'obligation de prévention est justifiée par l'idée qu'elle constituerait le seul et unique moyen de lutter efficacement contre le danger d'épidémie. L'adoption d'une stratégie pragmatique de prévention dite «rigoureuse» et «serrée» dans le discours de même que la mise en oeuvre de moyens «concrets» sont les dispositifs jugés réalistes et nécessaires pour obtenir, *à court terme*, une diminution de la prévalence du VIH (Comité de prévention du sida, 1988, p. 53).

D'autre part, si la voie de la prévention est considérée étroite, cette contrainte donne, selon les auteurs-es de ce premier plan d'orientation et d'action, tout son sens à la prévention, c'est-à-dire qu'elle ne peut porter que sur *l'adaptation personnelle des*

pratiques sexuelles (ou autres pratiques à risque⁶⁸). Autrement dit, en l'absence d'un vaccin ou d'un médicament, la prévention doit porter sur la modification des comportements à risque des individus (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 84). Dans la conclusion du Plan d'orientation et d'action pour la prévention du sida au Québec, l'objectif de la prévention est présenté comme étant de viser avec *réalisme* et *courage* les comportements à risque : «Évitant de réduire l'épidémie à une affaire de gais ou de drogués, les activités de prévention devront permettre de s'adresser avec réalisme et avec courage aux comportements à risque, quel que soit le type de personne» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 80).

Dans cette perspective, la prévention des risques individuels constitue la *voie obligée* à travers laquelle la lutte contre le VIH sera envisagée. L'idée que le risque d'infection par le VIH est un *risque évitable* par l'adoption de comportements sécuritaires traverse le discours de prévention du VIH depuis les premières phases de la stratégie jusqu'à aujourd'hui. Le risque d'infection est perçu comme un enjeu personnel, comme un risque que tout individu de «bonne volonté» peut contrer ou prévenir s'il en prend les moyens. L'action sur «l'environnement» est envisagée, mais elle est réduite dans le discours de prévention de première heure au fait de rendre accessible les condoms et le matériel d'injection sécuritaire. On parle alors de *prévention passive*. La *prévention dite active* mise sur la responsabilité individuelle et, plus particulièrement, sur des interventions visant les motivations, les émotions et la volonté des individus (Comité de prévention du sida, 1988, p. 37).

⁶⁸ Il est également reconnu à cette époque que l'injection de drogues est un mode de transmission important. Toutefois, compte tenu que les taux d'infection sont peu élevés chez ce groupe au Québec, ce mode de transmission n'a pas le même effet structurant dans ce discours de première heure que les pratiques sexuelles. Ceci explique pourquoi il est surtout fait référence dans l'extrait ci-dessus aux pratiques sexuelles.

Cette manière de formuler le problème du danger d'épidémie et de concevoir l'action de santé publique en matière de lutte contre le VIH dès les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida est extrêmement importante car elle ouvre la voie à la mise en oeuvre de mesures de prévention *qui prennent l'individu et la régulation de son espace de liberté comme seule et unique cible d'action de la santé publique*. Le problème de la lutte contre le VIH est posé en termes de *prévention des risques individuels*, ce qui soulève une double remarque.

D'une part, il est important de souligner que, bien qu'il soit reconnu dans le champ de la santé publique que les inégalités de santé relèvent des inégalités sociales et que celles-ci sont structurellement constituées à travers le développement des politiques économiques et des politiques sociales (politique de développement économique, de création d'emploi, de redistribution de la richesse collective, d'assistance sociale, etc.),⁶⁹ nulle part dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida n'est fait mention l'idée selon laquelle le danger d'épidémie est un enjeu social global exigeant une réponse globale, axée par exemple sur la réduction des inégalités sociales. S'il est mentionné dans la phase 4 de cette stratégie que les liens entre la pauvreté et les problèmes de santé et de bien-être ne sont plus à faire et que ces constats sont aussi vrais pour le VIH (CQCS, 1997, p. 17), *la réduction de la pauvreté ou des inégalités sociales n'est nulle part envisagée comme moyen de lutte contre le VIH*.

⁶⁹ Les acteurs de la pratique semblent avoir la même conception. Par exemple, les individus interviewés dans une recherche sur les représentations de l'intersectorialité dans la lutte contre le VIH considèrent que les programmes de santé publique s'inscrivent dans une logique de gestion des problèmes et que leur impact est limité puisqu'il y a peu d'actions en amont, par les politiques publiques (absence d'un revenu minimum, d'accès à l'emploi, à l'éducation, etc.) (Lévesque, 2005).

Les analyses réalisées tout au long de ce texte montrent que l'action sur les conditions favorisant les inégalités d'exposition au VIH et de vulnérabilité face à ce risque n'est pas considérée dans le discours, au profit d'une logique discursive centrée sur l'individu et la mobilisation des acteurs locaux dans la prise en charge de ce risque, même s'il serait justifié de dire que les inégalités face à ce risque concernent au premier chef la société dans son ensemble et, plus précisément, l'État et ses politiques sociales.

D'autre part, l'idée de réguler l'espace de liberté d'action des individus n'est pas nouvelle dans les sociétés libérales et elle n'est pas spécifique au secteur de la santé. Ce qui est nouveau à l'époque contemporaine, c'est que l'État cherche à réguler un espace qui lui échappait autrefois, soit le potentiel d'autonomie des individus ou des populations.

En effet, pour Foucault, l'intégration des libertés et des limites propres à l'exercice de cette liberté dans le champ de la pratique gouvernementale est devenue un impératif avec la création de l'État libéral (Foucault, 2004a, p. 361). La liberté y est non seulement reconnue comme un droit issu des nouvelles valeurs émergentes à l'époque des Lumières, mais un élément indispensable à la gouvernementalité elle-même, voire comme un espace nécessaire au développement des dispositifs de régulation sociale. Le libéralisme, comme art de gouverner, s'appuie sur l'espace de liberté d'action des individus et tente de faire canaliser les forces qui s'y jouent (mode de pensée, conduites, etc.) vers des objectifs de sécurité ou de développement de la nation, sur différents plans (natalité, santé, travail, etc.).

Toutefois, comme nous l'avons souligné au chapitre 3, le nouveau mode de régulation sociale qui émerge à l'époque contemporaine ne vise plus seulement à soutenir les individus par la reconnaissance de droits sociaux et à encadrer leur espace

de liberté en imposant un certain nombre d'obligations, mais à mobiliser les individus et les acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes sociaux et sanitaires auxquels ils sont confrontés en exerçant un plus grand contrôle sur l'espace qui lui échappait jusqu'ici, c'est-à-dire l'espace d'autonomie à travers lequel s'exercent les libertés d'action. Par exemple, les travaux réalisés dans le secteur de l'assistance sociale montrent que le nouveau mode de régulation qui tend à se mettre en place à partir des années 1980 se caractérise par un «renversement» du couple droits sociaux/devoirs du citoyen-ne (Boismenu, 1992, 1988, 1987; Boismenu et Dufour, 1997; Procacci, 2003) où ce dernier est non seulement considéré comme responsable de son insertion sociale, mais où il est invité, à travers les politiques et les programmes de l'État, à résoudre son problème d'exclusion en entreprenant un parcours d'employabilité, sur la base d'une logique dite de responsabilité partagée avec l'État : ce dernier assume un minimum vital et, en contrepartie, l'individu doit se prendre en charge en développant son potentiel d'employabilité afin de maximiser ses chances de se réinsérer sur le marché du travail. La crise structurelle du marché du travail n'est pas considérée comme une contrainte, mais comme une situation «naturelle» avec laquelle il faut composer.

Par analogie, on peut considérer que les dispositifs de prévention dans le secteur de la santé publique se développent depuis les trente dernières années dans une logique similaire. En effet, comme nous l'avons souligné au chapitre 1, si la notion de responsabilité individuelle n'est pas nouvelle dans ce secteur, elle prend dans la société contemporaine un sens individualiste qui n'existait pas auparavant (Gaucher, 1995), avec le développement de l'idéologie de la prévention : les individus ne sont plus considérés avoir seulement un droit à la santé, mais avoir également une responsabilité à l'égard de leur corps et de leur santé physique et mentale. De plus, comme nous l'avons souligné précédemment, les politiques de santé reposent de plus en plus sur

l'idée que la santé relève d'une responsabilité partagée entre l'État et les individus (Clément et Bolduc, 2004). Dans ces conditions, les nouveaux dispositifs qui se développent opèrent un déplacement dans le sens que l'État (et la santé publique) ne vise plus uniquement à soutenir et à encadrer les individus et les populations, mais à favoriser leur autonomisation par la mise en place de dispositifs axés sur la mobilisation des acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes sociaux et sanitaires qu'on leur attribue. Nous montrons dans les sections suivantes que la Stratégie québécoise de lutte contre le sida se transforme au fil du temps dans cette perspective.

5.2 Attribution des risques : de groupe à risque à groupe vulnérable

Comme nous venons de le présenter, le contrôle du danger d'épidémie, en tant que danger constituant une menace potentielle pour la population dans son ensemble, constitue la prémisses de base sur laquelle s'est édifiée la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Elle repose de plus sur une segmentation de la population totale (de la nation) selon des critères de degré de dangerosité de publics-cibles, qui deviendront de plus en plus spécifiques au fil du temps.

En effet, le contrôle de l'épidémie passe dans un premier temps par des actions pouvant limiter la transmission de l'infection des groupes à risque vers la population en général (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 83). La segmentation de la population totale selon des critères de dangerosité et l'identification de publics-cibles⁷⁰ pouvant

⁷⁰ Les publics cibles présentés comme à risque à l'origine de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida sont les jeunes d'âge scolaire, les populations où les taux d'infection sont plus élevés que la moyenne (homosexuels, usagers-ères de drogues intraveineuses, individus provenant de régions endémiques et ceux exposés à des facteurs de risque spécifiques : (à suivre...)

propager le virus à l'ensemble de la population est le premier découpage par lequel la santé publique établit les cibles prioritaires de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

Il s'agit finalement de s'adresser, d'une part, à ceux qui participent à des activités à risque élevé, d'autre part, à ceux qui commencent une période de leur vie où l'expérience des pratiques sexuelles ou celle de la consommation de drogues peuvent être introduites; et enfin, à ceux qui peuvent être infectés en les incitant à limiter la transmission du virus. L'information auprès de la population générale doit surtout porter sur les conditions de contagiosité et les craintes injustifiées (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 86).

Ce découpage établit une *hiérarchisation de la dangerosité* que représentent pour la santé publique certains publics-cibles. En effet, si les jeunes d'âge scolaire et la population générale sont présentés comme des groupes qui doivent être informés des risques encourus par l'existence du VIH, les individus des groupes à risque sont identifiés comme les porteurs et les agents de propagation de ce virus à l'ensemble de la population. En plus des effets d'étiquetage et de stigmatisation qu'une telle construction peut avoir sur des individus déjà marginalisés, ce découpage a comme effet d'établir des *profils types* d'individus ayant des pratiques dangereuses pour la santé publique et, par conséquent, d'établir, sur une base statistique (taux de sida déclarés,

⁷⁰(...suite)

hémophiles, professionnel de la santé, etc.) et la population générale. Parmi cette dernière, ce sont les groupes d'âge les plus actifs sexuellement qui seront ciblés (Groupe de travail sur le sida, 1988).

taux d'infection estimés, etc.), des responsabilités (individuelles⁷¹) différentielles à l'égard du développement de l'épidémie.

Si les homosexuels, les bi-sexuels et les individus provenant de régions endémiques ont à l'origine été ciblés comme les groupes les plus infectés et les plus dangereux pour la santé publique, la situation chez les usagers-ères de drogues est jugée hautement problématique (*explosive* dans le discours), même si les taux d'infection sont peu élevés dans cette population au Québec jusqu'au début des années 1990. En effet, l'augmentation rapide des taux d'infection dans cette population et la possibilité d'une propagation du VIH à l'ensemble de la population est jugée préoccupante. Les usagers-ères de drogues sont présentés comme un groupe «dangereux» pour la santé publique puisque ceux-ci ont des pratiques par lesquelles se transmet le VIH dans la population générale (population hétérosexuelle dans le discours), à travers les partenaires, la transmission verticale (fœtal) et la prostitution qui est présentée comme étant associée à l'usage de drogues. Les différents documents retenus montrent qu'au fil du temps le lexique évolue dans le sens d'une aggravation de la situation : d'une épidémie *préoccupante* elle devient une *situation explosive* pour se transformer par la suite en *véritable flambée épidémique*. Depuis la phase 3 (1992), la chaîne de transmission s'est étendue à la population hétérosexuelle et les usagers-ères de drogues sont présentés comme un des groupes par lequel le VIH se transmet à l'ensemble de la population, comme une souche importante de propagation du virus.

⁷¹ Un des effets pervers de l'utilisation des catégorisations statistiques dans le discours de santé publique est le transfert presque automatique de probabilités attribuées à des populations vers les individus qui la composent, alors qu'un tel transfert n'a qu'une validité limitée. Cibler des individus sur la base qu'ils appartiennent à des groupes à risque revient dans ces conditions plus à déterminer des responsabilités que de chercher à réduire les conditions qui font que certaines populations sont plus exposées au VIH et vulnérables aux risques que d'autres.

L'utilisation de drogues injectables est un phénomène important au Québec. La région montréalaise abriterait à elle seule quelque 15 000 utilisateurs de drogues injectables (UDI) dont entre 10 et 15 % seraient porteurs du VIH. Les statistiques provenant de pays tels que les États-Unis, l'Angleterre ou l'Italie démontrent qu'il s'agit là d'une situation potentiellement explosive. L'incidence des cas d'infection par le VIH et des cas de sida pourrait donc augmenter considérablement au sein de cette population au cours des prochaines années. Cette possibilité exige la plus grande vigilance et une prévention accrue. Il faut également considérer que plus de 40 % des UDI ont des partenaires sexuels qui ne font pas usage de drogues injectables, mais qui sont néanmoins exposés au risque d'infection si leurs rapports sexuels ne sont pas protégés. La transmission parmi les UDI est importante et, de plus, la transmission à leurs partenaires constitue un risque pour la population, notamment la population hétérosexuelle (CQCS, 1992, p. 17).

Ce découpage populationnel permet également d'identifier les effets structurants de cette construction sur la manière dont d'autres critères de différenciation seront pris en considération dans les phases ultérieures de la stratégie, en particulier, sur la façon dont les dimensions sociales inhérentes à l'exposition au VIH seront, dans le processus d'identification des cibles les plus à risque et les plus dangereuses pour la santé publique, réduites et «enfermées» dans une conception épidémiologique (épidémiologie sociale) de la gestion des risques.

En effet, si d'autres critères de différenciation (mode de vie, situation de survie, etc.) seront au fil du temps pris en considération, c'est selon une logique de *groupes à risque/sous-groupes vulnérables* que les groupes jugés à haut risque d'infection seront constitués. La nomenclature de base fondée sur les groupes à risque demeure toujours le principal critère de référence : il y a les groupes à risque et, à l'intérieur de ceux-ci, des sous-groupes à haut risque d'infection.

Dans les deux premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, les groupes à risque ont été retenus comme groupes cibles prioritaires sur la base des modes de transmission, transformés en attributs de groupes d'individus qui présentent des taux d'infection plus élevés que la population générale ou la population hétérosexuelle (distribution différentielle). Dans la phase 3, les groupes les plus exposés sont présentés comme des «communautés de valeurs», c'est-à-dire des groupes qui se caractérisent par le partage d'une culture et d'un mode de vie qui leur est spécifique. Ces groupes seront désignés comme des *populations particulières*. La phase 4 introduit quant à elle l'idée que les groupes à risque traditionnellement constitués selon une logique d'épidémiologie descriptive ne sont pas des groupes homogènes, qu'un certain nombre d'individus provenant de ces groupes sont plus défavorisés que d'autres au plan social et, par conséquent, plus à risque d'infection. D'où l'apparition dans le discours des concepts de *groupes vulnérables* ou de *populations vulnérables*.

Les *populations particulières* (dont les UDI) sont présentées dans la phase 3 comme des populations qui se distinguent des groupes traditionnellement constitués à risque par l'épidémiologie descriptive du fait qu'ils ont et partagent une culture différente (CQCS, 1991a, 1992). Ainsi, les groupes jugés à risque ne sont plus présentés dans le discours uniquement en relation avec les catégories d'exposition au VIH, mais en référence à l'idée qu'il existe des «communautés de valeurs» qui doivent être prises en considération et qu'il faut cibler prioritairement. Le rapport à la sexualité serait principalement influencé par des différences culturelles, des différences dans le vécu propre, etc. (CQCS, 1991a). Par conséquent, on considère qu'il faut adapter les messages, les moyens de communication et les programmes d'éducation sanitaire aux différences culturelles déterminantes du rapport que les individus ont à la sexualité.

En un mot, il y a un lien fondamental entre culture et sida. Dans toute culture, la maladie est conçue de façon différente et a fortiori le sida, dont l'origine tient en majeure partie aux comportements sexuels; le sida fait appel à des valeurs différentes d'une population cible à l'autre puisque la sexualité y est aussi vécue de façon très différente, surtout au niveau de la communication la concernant. La sexualité et son vécu sont souvent rattachés à des valeurs religieuses ou éthiques, lesquelles conditionnent, consciemment ou non, les réactions aux conséquences comme le sida.

Au terme de la consultation qui a été menée, il est impérieux de constater qu'il n'est plus possible de mettre tout le monde "dans le même sac" concernant la prévention du sida. Le message central de cette consultation aura été de faire comprendre que les moyens de prévention doivent être adaptés aux valeurs et aux cultures de populations cibles et autant que possible que ces moyens doivent être pris en charge par les membres eux-mêmes de ces populations cibles (CQCS, 1991a, p. 3-4).

Les populations particulières sont définies en relation avec les «milieux culturels» d'appartenance, soit les jeunes en milieu scolaire, ceux hors milieu scolaire, le milieu des usagers-ères de drogues (dont les UDI), de l'itinérance, du travail du sexe, le milieu carcéral et transitionnel, le milieu gai (homo et bi-sexuels) et les communautés ethniques (Haïtiens, Inuits, Cris). Même si cette nomenclature n'est pas exclusive, elle permettrait de construire les cibles de la prévention selon un certain nombre de paramètres et de facteurs (les valeurs) déterminants des comportements.

Dans cette perspective, l'idée de cibler des populations à haut risque d'infection prend de l'ampleur dans le discours, en particulier en les désignant clairement comme des populations prioritaires qu'il faut rejoindre dans leur milieu de vie et adapter les messages aux «couleurs» des «milieux culturels» auxquels ils s'adressent, aux codes culturels qui y dominent afin qu'ils soient repris ou intégrés dans la culture du milieu.

Ainsi, si le discours qui domine lors de la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida tend à élargir le registre de construction des groupes à risque, il réalise cet élargissement essentiellement sur la base d'une conception culturaliste centrée sur l'idée que les individus agissent principalement en fonction des codes culturels qui prédominent dans leur milieu de vie. Si la désaffiliation sociale (la rue, l'itinérance ou l'incarcération dans le discours) et le cumul de problèmes sociaux et de santé qu'elle engendre sont retenus comme des «conditions» qui favorisent l'exposition au VIH, c'est sous l'angle d'une *conception culturaliste de la misère* que le problème est formulé.

D'une part, ces «conditions» auraient principalement comme effet de créer un «rapport existentiel» au monde caractérisé par le sentiment d'avoir atteint le «fond du baril», c'est-à-dire «le bout du chemin de notre société, celui où il semble parfois ne plus y avoir d'issue» (CQCS, 1991a, p. 94). Par conséquent, le sida n'aurait plus aucune signification pour les individus défavorisés, la vie dans «l'exclusion sociale» ne serait que «désespoir» pour celles-ci, une vie de misère sans issue (autre que la mort). D'autre part, s'il est considéré qu'il faut combler les besoins sociaux primaires (logement, nourriture, etc.) pour que la prévention du sida fasse partie des préoccupations des personnes défavorisées, c'est dans l'objectif que ces populations rompent avec une «sous-culture de la misère» et qu'elles soient réceptives au message de prévention. L'objectif se limite à créer les conditions vitales minimales nécessaires à ce que la protection de la santé ou la prévention des risques fassent partie de leur culture ou de leur mode de vie. La sortie de l'exclusion ou de la marge n'est pas une dimension envisagée dans le discours.

Chez elles [personnes défavorisées], plus souvent qu'autrement, la prévention du sida passe après la satisfaction élémentaire et immédiate des besoins primaires de la vie : place pour dormir autre que la rue, de la nourriture, des vêtements adéquats. Parler du sida sans que ces besoins ne soient satisfaits, c'est un peu comme parler de la peur de la mort à quelqu'un déjà acculé à la mort. La culture propre à ce milieu n'a rien de commun avec quoi que ce soit d'autre que la misère (CQCS, 1991a, p. 29).

À partir de la phase 4, les populations cibles sont présentées comme des *groupes vulnérables* ou des *populations vulnérables*. Bien que le concept de vulnérabilité ne soit pas un concept bien défini dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida⁷², il repose sur l'idée que les groupes à risque, formulés par l'épidémiologie descriptive depuis le début de l'épidémie, *ne forment pas un tout homogène*. Il y a à l'intérieur des groupes à risque ou des populations particulières des sous-groupes plus défavorisés que d'autres, à la fois au plan social (pauvreté, itinérance, etc.) et au plan de la santé (santé physique, mentale, toxicomanie, etc.), et qui se caractérisent par le fait qu'ils sont confrontés à plusieurs problématiques en même temps.

Les efforts de prévention de la phase 3, qui ont surtout été dirigés vers des populations particulières (utilisateurs de drogues par injection, jeunes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, femmes, etc.), ont permis de constater que ces populations ne sont pas homogènes et que certains sous-groupes sont plus vulnérables à l'infection par le VIH et aux MTS que d'autres. Ces populations ne sont pas des groupes étanches et certaines personnes peuvent cumuler des facteurs de risque. De plus, des difficultés liées à la survie économique quotidienne, à la violence, à la discrimination, à l'inégalité entre les sexes, entre autres, peuvent reléguer au second plan l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p. 42).

⁷² Comme par ailleurs dans la majorité des écrits. Clément et Bolduc (2004) ont montré qu'il n'existe pas de définition absolue du concept, mais des usages discursifs différenciés, dans au moins trois espaces différents : politique, scientifique et identitaire.

Ainsi, le discours de cette phase introduit l'idée qu'il existerait des sous-groupes plus vulnérables à l'intérieur même des groupes traditionnellement constitués comme à risque d'infection par l'épidémiologie descriptive d'une part, et ces différences relèveraient de «conditions de vie difficiles» et d'un «état personnel précaire» d'autre part.

Cette logique de groupes à risque/sous-groupes vulnérables élargit l'espace discursif de la construction des groupes les plus exposés au VIH en prenant en considération les dimensions sociales qui favorisent la vulnérabilité au risque d'infection. Elle repose par contre essentiellement sur l'idée qu'il existerait une «véritable mosaïque» de sous-groupes à haut risque d'infection dont il serait bien difficile d'identifier une unité commune. En effet, les populations vulnérables au risque d'infection par le VIH seraient difficiles à cibler puisqu'elles ne constitueraient pas une catégorie sociale présentant des traits communs. Les individus de ces sous-groupes à risque seraient dispersés dans l'espace (physique et social) et ils ne posséderaient pas d'unité d'ensemble, sinon celle de vivre en marge des services socio-sanitaires, dans des «conditions difficiles» ou «pénibles» de vie et d'être plus à risque que les autres individus des traditionnels groupes à risque.

Malgré les actions menées jusqu'à présent, il est encore difficile de rejoindre les groupes plus vulnérables. Dispersées, présentant peu de caractères communs relativement à la vulnérabilité au VIH, ces personnes sont difficilement identifiables à un groupe précis de sorte qu'elles échappent davantage à une action ciblée. De plus, elles se tiennent parfois en marge des services sociosanitaires. Elles connaissent souvent des conditions de vie ou des situations à ce point pénibles que la prévention des MTS et du VIH passe en second lieu; ou tout simplement, elles ne se sentent pas concernées par les risques de contracter l'infection par le VIH, sans parler du fait qu'elles ne sont pas encore suffisamment impliquées dans la planification et les interventions qui leur sont destinées (CQCS, 1997, p. 27).

De plus, si les «conditions de vie» sont retenues comme déterminantes de la vulnérabilité des groupes, elles sont présentées dans le discours comme des composantes de la vie quotidienne (situation de pauvreté, de toxicomanie, etc.) qui agissent comme facteurs de vulnérabilité, et non pas comme des conditions liées à la place occupée dans l'espace social ou dans la hiérarchie sociale, et porteuses d'un rapport différencié aux différents objets du monde (social), dont le VIH.

Certains groupes de personnes semblent, de toute évidence, plus vulnérables que d'autres au VIH en raison de leur appartenance à une ou à plusieurs des catégories particulièrement exposées : HRSH, personnes originaires de pays endémiques et UDI; ou encore en raison de leur appartenance à des catégories révélant des comportements à risque, soit les femmes et les jeunes en difficulté ainsi que les autochtones. Si, en plus, ces personnes se trouvent dans une situation de pauvreté, de toxicomanie, de maladie mentale, d'itinérance, de discrimination, d'incarcération ou de prostitution, elles deviennent encore plus vulnérables au VIH (CQCS, 1997, p. 18).

Ainsi, bien que le discours des phases 4 et 5 s'éloigne de l'épidémiologie descriptive et élargisse le spectre à travers lequel sont constitués les groupes exposés au VIH, il demeure campé dans une logique fondamentalement positiviste où la question sociale inhérente à la vulnérabilité au risque est réduite au statut *d'état* (situations de vie vécues par un certain nombre d'entre eux). La vulnérabilité n'est pas conçue en relation avec les grands enjeux qui caractérisent la question sociale (crise économique, financière, du marché du travail, etc.), mais en relation avec le fait qu'en tant qu'*état*, elle constitue un facteur de haut risque pour un certain nombre d'individus des traditionnels groupes à risque.

En résumé, le passage dans le discours de *groupe à risque*, à *population particulière* puis à celle de *population vulnérable* ne se caractérise pas par un changement de «paradigme» ou par une rupture «paradigmatique». Il se structure sur la base d'une conception épidémiologique du risque qui, d'une part, identifie des publics-cibles responsables de la propagation du VIH selon une logique de groupes à risque/sous-groupes vulnérables (à risque et à haut risque) et, d'autre part, pose la question de la vulnérabilité sociale au risque d'infection à l'intérieur du rapport immédiat et quotidien que les individus entretiennent à leur «environnement», soit les situations de vie (difficiles, pénibles, etc.), réduites dans le discours au statut de simples facteurs de risque.

Par conséquent, le risque est attribué selon une logique de *discrimination positive* (populations vulnérables parce que fragilisées par des situations de précarité sociale) où l'État cherche, dans un contexte dit de rareté des ressources, à cibler de manière de plus en plus précise les populations les plus démunies, mais aussi les plus menaçantes, que ce soit au plan du maintien de l'ordre sanitaire ou à celui de sa légitimité comme pouvoir d'État à qui il est toujours reconnu le rôle de prendre en charge les problèmes sociaux les plus urgents pour éviter la perturbation de l'ordre social. La question de la vulnérabilité au risque n'est pas formulée ici comme un problème d'inégalité sociale, mais selon une logique de discrimination positive fondée sur l'idée d'équité dans l'accès sans discrimination aux services (sociaux, de santé, communautaires, etc.) pouvant répondre aux besoins sociaux les plus élémentaires.

Insistons ici sur le fait que les concepts de conditions de vie et de conditions de vulnérabilité ne sont *jamais* utilisés dans le discours en référence à la place occupée dans l'espace social, mais uniquement pour rendre compte de l'influence des composantes de la vie quotidienne ou des réalités quotidiennes vécues par un certain

nombre d'individus des groupes traditionnellement reconnus comme des groupes à risque (les situations de vie ou de survie). De plus, les différentes dimensions qui caractérisent ces situations de vie sont généralement posées sous l'angle de dimensions *associées* au fait d'appartenir à des groupes à risque ou comme des dimensions *supplémentaires* qui *s'ajoutent* (cumul de facteurs de risque) au fait d'appartenir à un groupe à risque et qui permettent de définir des cibles plus précises et prioritaires de prévention.

Par conséquent, le problème des inégalités sociales (hiérarchie sociale, désaffiliation sociale, etc.) et, plus particulièrement de l'appartenance de classe sociale, n'est pas considéré comme un dénominateur commun à une multitude de problèmes sociaux et de problèmes de santé (toxicomanie, santé mentale, etc.) dans la construction des groupes vulnérables. La pauvreté socio-économique, la désaffiliation sociale, les problèmes de santé mentale, la toxicomanie, etc. ne sont pas considérés dans le discours comme des enjeux de rapports sociaux, ni comme relevant de l'effet de la place occupée dans la hiérarchie sociale et encore moins comme une construction sociale et normative. Ils sont construits comme un simple *état* représentant des *facteurs de risque* d'infection par le VIH qui s'ajoutent au fait d'appartenir à un groupe à risque. Pour Clément et Bolduc (2004), la notion de vulnérabilité est pour certains auteurs-es une notion interactionniste qui exprime l'idée que les individus ne sont pas vulnérables en soi, mais devant quelque chose ou dans une situation donnée. C'est dans la relation au «milieu» ou à «l'environnement immédiat» dans lequel ils évoluent qu'existeraient des situations de vie à risque, comme si le milieu ou l'environnement était quelque chose qui existait en soi, indépendamment des structures sociales globales (politique économique, politique sociale, marché du travail, etc.).

Dans cette perspective, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, comme les autres politiques de santé publique, est très éloignée de la conception du droit à la santé des populations qui prédominait chez les réformateurs et dans les mouvements sociaux des années 1960, à savoir que le droit à la santé était considéré comme un droit social (Renaud, 1995; Gouvernement du Québec, 1970) et où la réduction des inégalités de santé étaient envisagée sous l'angle de l'amélioration des conditions d'existence des populations et la reconnaissance des droits sociaux (droit au travail, à l'éducation, aux soins et services de santé, etc.). Par le recours à l'idée de vulnérabilité et, plus précisément, à celle de populations vulnérables, elle ouvre un «nouvel» espace de priorisation des populations cibles selon une logique de discrimination positive qui répond et contribue à sa manière à la création de la société des identités fondées sur les particularismes et le pragmatisme (Beauchemin, 2004).

Ainsi, s'il est reconnu que, dans la société contemporaine, l'État tend de plus en plus à spécifier les cibles de son action (dont la spécification des clientèles), que ce soit vu dans un objectif «disciplinaire» (Boismenu, 1992, 1988, 1987; Boismenu et Dufour, 1997) ou sous l'angle d'un objectif de priorisation des populations ayant le plus besoin du soutien de l'État dans un contexte dit de ressources rares (Clément et Bolduc, 2004), il semble que ce soit dans une optique pragmatique qu'elle le réalise, c'est-à-dire dans un objectif d'atteindre les populations ayant des pratiques dangereuses pour l'ordre social et sanitaire, mais également les populations les plus menaçantes pour le pouvoir d'État qui trouve une part de sa légitimité dans la surveillance et la protection de la santé publique. Il ne s'agit plus de tenter de résoudre les problèmes sociaux et sanitaires, mais de gérer les populations qui ont des pratiques dangereuses pour l'ordre social et sanitaire, voire de neutraliser et de canaliser les forces vives qui se jouent dans les milieux marginalisés vers des objectifs de sécurité. On verra plus loin que c'est en

s'appuyant sur la défense des droits de la personne que la santé publique, en tant qu'agences étatiques, légitime sa pertinence et ses actions centrées essentiellement sur les individus.

5.3 Gestion pragmatique du risque centrée sur le comportement

Il est inutile d'insister sur le fait que la réduction des comportements à risque est au centre de l'ensemble du discours sur la prévention du VIH, que ce soit dans les différentes phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, dans les différents plans d'action régionaux ou, plus largement, dans l'ensemble des messages de prévention destinés à la population en général, depuis plus de vingt ans. Comme nous l'avons souligné au chapitre 2, la lutte aux comportements à risque constitue un des principaux objets sur lequel s'est développée l'entreprise de santé publique et la lutte contre le VIH n'échappe pas à cette tendance historique, même si à l'époque de l'État libéral providentiel, l'amélioration de l'état de santé était davantage perçue sous l'angle de l'amélioration des conditions d'existence des individus, par le développement économique et social notamment.

Dans ces conditions, la question qui se pose est celle de savoir pourquoi et comment le comportement est, au fil du temps, constitué comme un enjeu central de lutte contre le VIH dans les discours de prévention de la santé publique québécoise. En ce qui concerne le pourquoi, il faut remonter à l'origine de l'élaboration de la première phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Deux grands enjeux ressortent du discours.

D'une part, en l'absence d'un vaccin ou d'un médicament permettant de limiter la transmission de l'infection, les mesures habituelles de lutte contre les épidémies (dépistage obligatoire, mise en quarantaine, etc.) sont jugées inefficaces pour enrayer l'épidémie du VIH, en particulier parce que la transmission du VIH se réalise par des activités touchant des dimensions fondamentales de l'existence (relations sexuelles en particulier) sur lesquelles elles n'auraient pas l'effet escompté. D'autre part, seules des actions ayant un potentiel d'impact *à très court terme* sont jugées aptes à contenir les taux d'infection sous un seuil (10%) permettant l'exercice d'un contrôle sur l'épidémie. La mise en oeuvre de mesures de lutte contre le VIH centrées sur les modes de transmissions (comportements à risque) sera préconisée. Le développement de stratégies d'action favorisant le changement social, comme la réduction des inégalités sociales et du nombre d'individus vivant dans des conditions de vulnérabilité, est exclu du discours.

En l'absence d'un vaccin ou d'un médicament permettant de limiter l'infection à proprement parler, la prévention repose entièrement sur la modification des pratiques sexuelles pour la grande majorité des cas : il faut faire en sorte que les personnes concernées par des comportements ou des pratiques sexuelles considérés plus à risque (partenaires occasionnels multiples par exemple), s'adonnent à des pratiques sexuelles plus sûres (e.g. utilisation du condom). Il faut également faire en sorte que les usagers de drogues intraveineuses n'emploient que des seringues "personnelles" ou que, à tout le moins, ceux qui partagent des aiguilles et seringues connaissent et pratiquent des protocoles simples de nettoyage. Pour faciliter ces actions, il faut faciliter l'accès aux moyens de prévention mentionnés (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 84-85).

Dans cette perspective, le dispositif de lutte contre le VIH se développe, comme nous l'avons souligné précédemment, selon un objectif de sécurité, soit la protection de

la santé publique. De plus, cette dernière passe par la prévention des risques individuels et elle est considérée reposer sur des critères d'utilité pratique. Le changement de comportement est présenté comme le seul moyen efficace de contrôle de l'épidémie. Il devient l'objet central de la prévention, conformément aux approches dominantes dans le secteur de la santé publique à l'époque (les habitudes de vie sont à cette époque l'objet principal de l'ensemble des interventions de santé publique).

Toutefois, le comportement, surtout lorsqu'il touche des dimensions fondamentales de l'existence comme la sexualité, est perçu comme une réalité difficile à changer. Si la connaissance d'un problème ou d'un risque peut, pour certains individus, favoriser l'adoption de comportements sécuritaires, il est reconnu qu'elle ne se traduit pas automatiquement par la modification des comportements. En plus de fournir l'information de base sur le risque que représente ce virus, des mesures de prévention axées sur le changement d'attitudes, le développement des habiletés et des compétences et la création «d'environnements» favorisant le changement de comportements par l'accès aux moyens de protection (condom et matériel d'injection) sont préconisés.

Ainsi, dans le discours des premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, le comportement est *directement* visé par l'intervention, dans un objectif d'adaptation à la nouvelle réalité du VIH. De plus, il est construit comme une réalité essentiellement conditionné par des facteurs d'ordre *cognitif* (information, sensibilisation, conscientisation, etc.) et *psychosocial* (attitudes, habiletés, compétences, etc.). De même, les effets de l'environnement sur les comportements sont réduits à leur plus simple expression, ce qui importe est l'accessibilité aux moyens de protection. Enfin, l'action est dirigée vers le changement de comportements et elle est considérée

comme la seule mesure réaliste et utile pour juguler l'épidémie, car c'est la seule mesure qui permet d'obtenir des résultats à court terme.

S'il pouvait être justifié à l'origine de l'apparition de ce virus dont on connaissait mal les caractéristiques nosologiques et la réaction de la population de vouloir agir dans une perspective de maintenir les taux d'infection sous un seuil permettant d'exercer le contrôle sur le développement de l'épidémie en ciblant les comportements individuels, le problème est, qu'après vingt ans d'existence, c'est toujours la même logique de gestion pragmatique du risque qui est à l'oeuvre dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

En effet, si les discours des dernières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida montrent que les messages et les actions visant à promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires sont considérés avoir des effets limités au plan du changement, l'adoption de comportements sécuritaires demeure l'objectif ultime visé par les actions de prévention. Il faut toutefois agir sur les facteurs inhérents aux comportements pour obtenir des changements.

La phase 3 introduit l'idée que les connaissances du risque associé au VIH et le fait de se reconnaître (être conscientisé) comme personne à risque ou appartenant à un groupe à risque ne suffit pas pour que les individus développent les habiletés et les compétences nécessaires à l'adoption de comportements sécuritaires. Les actions visant directement le changement de comportements sont présentées comme ayant montré leurs limites, en particulier au plan de l'acquisition et du maintien de comportements sécuritaires dans le temps. Le comportement sexuel ou d'injection serait également conditionné par les *valeurs* auxquelles adhèrent les individus, en tant qu'elles sont à l'origine des perceptions ou des représentations et des manières de communiquer à

l'égard de la sexualité ou des risques, représentatives de leur vécu, etc. Elles doivent donc être prises en considération afin de mieux cibler les messages de prévention et de rendre cette dernière plus efficace.

Cependant, le fait de connaître les risques associés au sida et aux MTS n'incite pas nécessairement les gens à adopter des comportements préventifs. Nous devons donc maintenant axer nos interventions sur les facteurs qui déterminent les changements de comportements en tenant compte de l'âge et des valeurs des différents groupes qui forment la population (CQCS, 1992, p. 13).

Ainsi, le comportement n'est plus présenté comme un objet déterminé uniquement par la connaissance du risque, la conscientisation ou par les caractéristiques psychosociales des individus (attitudes, compétences, etc.) comme c'était le cas dans les premières phases de la stratégie, mais le discours montre, comme nous l'avons déjà mentionné, qu'il est présenté comme structuré par la culture qui prévaut dans les populations dites particulières, principalement en relation avec les valeurs ou les modes de vie auxquels adhèrent les individus qui y appartiennent.

Si le discours de cette phase ouvre l'espace nécessaire pour que la prévention puisse concevoir le changement autrement qu'en référence aux caractéristiques intrinsèques des individus, les valeurs sont toutefois considérées comme des facteurs de risque individuels, même si l'univers socio-culturel d'appartenance est présenté comme un espace porteur de normes qui ne sont pas toujours compatibles avec les normes de prévention promues par la santé publique. Il reste campé dans une logique d'adaptation des comportements à l'égard du risque que représente le VIH. La principale différence par rapport au discours des phases précédentes réside dans le fait que le changement est perçu comme pouvoir se réaliser par l'intégration des messages de prévention à

l'intérieur du schème de valeurs et de représentations des individus à l'égard des risques associés à la sexualité ou à l'usage de drogues.

Le discours de la phase 4 de la stratégie poursuit dans la même lignée en introduisant l'idée que les comportements sont à la fois conditionnés par des facteurs de risque individuels et environnementaux. Il ne faut plus seulement cibler le changement de comportements, mais agir selon une approche dite *globale* sur les *multiples problèmes/besoins* (état de privation, de survie, de santé mentale altérée, etc.) conditionnant la santé et le bien-être, principalement en tenant compte des «conditions de vie» (difficulté d'adaptation, discriminations, etc.) qui augmentant la vulnérabilité au plan des risques d'infection par le VIH et les MTS.

Les efforts de prévention doivent se poursuivre et s'intensifier en ne ciblant pas uniquement les comportements. Quel que soit le groupe considéré, les interventions doivent s'inscrire dans une approche globale qui tienne compte de l'ensemble des besoins de la santé et du bien-être. En effet, les données fournies par les recherches montrent clairement que certaines conditions sociales, telles que la discrimination, les difficultés d'adaptation sociale, des conditions socio-économiques défavorables, augmentent la vulnérabilité des personnes face à l'infection par le VIH et aux MTS (CQCS, 1996, p. 35).

Dans cette perspective, il ne suffit plus d'informer sur les mesures de protection et de fournir des moyens pour que les individus adoptent des comportements protégés, mais il faut replacer le problème des comportements à risque dans un contexte social «plus large» qui inclut «l'environnement social», les «conditions de vie», l'expression de la sexualité, les problèmes de toxicomanie ou d'estime de soi, etc. (CQCS, 1997, p. 30). Les problèmes vécus sont dans cette perspective considérés comme des facteurs de

risque qui entravent la prévention, les individus relégueraient au second plan le risque d'infection par le VIH lorsque les besoins sociaux primaires (logement, nourriture, etc.) ne sont pas comblés. On considère qu'il faut, dans le cas des itinérants-es, combler leurs nombreux besoins (primaires) avant d'essayer de les inciter à se protéger.

Les personnes itinérantes sont particulièrement vulnérables face à l'infection par le VIH parce qu'elles présentent de multiples problèmes (santé mentale, toxicomanie, etc.). Les interventions menées auprès de ces personnes doivent d'abord combler leurs nombreux besoins avant même de les conduire à adopter des comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p. 34-35).

Bien que le lien entre le fait de cumuler plusieurs problèmes sociaux et sanitaires et le fait de reléguer au second plan la protection à l'égard du VIH ne soit pas établi dans le discours (s'agit-il vraiment d'un problème de cumul?) et en dépit du fait que les problèmes sociaux et de santé des populations vulnérables sont implicitement reconnus dans le discours comme étant des problèmes qui relèvent des transformations globales qui caractérisent les sociétés contemporaines (crise économique, financière, etc.), l'idée est de répondre aux nombreux besoins qui en découlent afin que les populations retrouvent les «conditions» nécessaires à la réception des messages de prévention véhiculés par la santé publique, à l'adoption de comportements sécuritaires et, plus largement, l'espace d'autonomie nécessaire à se re-prendre en main et à re-prendre en charge leur santé.

Soulignons ici que la réponse aux nombreux besoins des individus des populations vulnérables au risque d'infection est considérée, à partir de la phase 4, comme un enjeu de prévention important des comportements à risque. Si la phase 3 avait pris en considération le fait que les individus dont les besoins sociaux primaires ne sont pas

comblés ont tendance à reléguer le risque engendré par le VIH au second plan de leurs priorités, l'adaptation des pratiques d'intervention aux besoins des groupes vulnérables devient un axe stratégique dans la phase 4 (CQCS, 1997, p. 20).

Ainsi, les comportements ne sont plus présentés comme relevant uniquement des caractéristiques des individus (connaissances, attitudes, habiletés, compétences, etc.) ou des valeurs auxquelles adhèrent les individus, mais ils seraient conditionnés par les problèmes/besoins sociaux primaires qui structurent l'espace social (la situation de vie) dans laquelle ils ont des relations sexuelles ou font usage de drogues intraveineuses. L'état de privation et le fait de devoir composer quotidiennement avec plusieurs types de problèmes (sociaux, psychosociaux, de santé, etc.) auraient comme effet de réduire l'importance accordée à la santé et au bien-être, et au risque lié au VIH en particulier.

Une approche orientée uniquement sur les comportements individuels ne permet pas d'agir sur les problématiques d'ordre social qui sous-tendent la vulnérabilité face à l'infection par le VIH et aux MTS. La prévention doit s'inscrire dans une perspective plus vaste qui tienne compte à la fois des facteurs individuels et environnementaux.

Ceci signifie s'attaquer à des problèmes sociaux tels que la pauvreté, la discrimination, le suicide, la criminalité, les rapports d'inégalité entre les sexes, afin de créer autour des individus un environnement favorable, propice à la santé et au bien-être. Réduire les résistances vis-à-vis des populations discriminées, notamment l'homophobie, adopter une approche de réduction des méfaits auprès des toxicomanes, accroître la place de l'éducation à la sexualité dans l'ensemble de la population, favoriser les comportements pacifiques entre garçons et filles, sont autant d'actions qui influenceront l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p. 42-43).

Le changement de comportement et, principalement, l'acquisition et le maintien de comportements sécuritaires passe dans cette perspective par une action en direction des problèmes/besoins sociaux primaires qui entravent l'importance accordée à la santé et au bien-être, dans un objectif de créer les *conditions vitales minimales* pour que la santé et le bien-être acquièrent l'importance désirée par les acteurs de promotion de la santé, soit le statut de capital à conserver ou à entretenir. Ici encore, il ne s'agit pas d'agir en amont sur les conditions d'existence selon une logique de reconnaissance des droits sociaux (à l'emploi, à l'éducation, etc.), mais de combler les besoins sociaux primaires (de la personne) afin de fournir aux individus les supports minimaux nécessaires pour qu'ils fassent de la santé un des éléments signifiants de leur existence et qu'ils adoptent des comportements sécuritaires en conséquence. Par exemple, l'accès aux services de santé n'est pas pensé selon l'idée que la santé constitue un droit social (ce qui impliquerait une problématisation de la question en termes d'inégalité de santé), mais comme l'accès à un service permettant de répondre à des besoins (soins, services de prévention, etc.) favorisant la santé et le bien-être, selon une logique de services (individualisés).

Ainsi, bien que la phase 4 prend en considération le fait que les comportements sont conditionnés par les «conditions de vie», le discours reste toujours dans une logique discursive centrée sur la positivité des facteurs de risque, les problèmes/besoins sociaux primaires sont présentés comme des facteurs qui entravent le rapport que les individus ont à leur santé et, par conséquent, les comportements qu'ils adoptent à l'égard des risques. À ce titre, sont considérés comme facteurs de risque, à la fois des facteurs individuels et des facteurs dits «environnementaux», soit principalement les facteurs suivants : des situations de maladies mentales ou de problèmes de santé mentale, de

discrimination, de pauvreté socio-économique, de toxicomanie, d'itinérance, d'incarcération, de prostitution, de difficultés d'adaptation, etc.

Le discours de la phase 5 s'inscrit en continuité avec celui de la phase 4. Il repose toujours sur l'idée que les comportements à risque (ou protégés) sont conditionnés par des facteurs «environnementaux». Cependant, un élément le caractérise. En effet, si le comportement est toujours considéré comme conditionné par les situations de vie précaires ou défavorisées, elles n'ont plus seulement comme effet d'exercer une influence négative sur l'importance que les individus accordent à leur santé (préoccupation périphérique, reléguer au second plan les risques, etc.), mais elles entraveraient la capacité des individus à réaliser des *choix stratégiques* à l'égard de leur santé et, en particulier, en matière de comportements sécuritaires.

Cette vulnérabilité est déterminante sur le potentiel de contracter ces infections et sur la capacité des individus et des groupes de se protéger et d'exercer plus de contrôle pour leur santé. Par exemple, des situations de pauvreté, d'itinérance, de toxicomanie, de maladie mentale, de violence et de discrimination jouent sur la capacité des personnes à choisir des comportements sécuritaires, à consulter, à recourir aux traitements pour les ITSS et à vivre avec des infections chroniques comme le VIH ou le VHC; elles peuvent même agir sur la maladie dont la progression peut être plus rapide. Ces situations contribuent à marginaliser socialement et économiquement les personnes et les privent souvent d'un accès à du soutien social important. Les besoins primaires de logement, de nourriture et d'intimité ont tôt fait de supplanter de manière marquée les préoccupations de santé à long terme. Investir en promotion de la santé devient essentiel (MSSS, 2004, p. 22).

Ainsi, dans le discours de la phase 5, le comportement n'est plus seulement le résultat de l'importance accordée à la santé ou au risque, mais il est considéré comme

motivé par les plaisirs immédiats (sexualité et usage de drogues) et conditionné par les capacités de réaliser des choix de comportements sécuritaires. L'idée selon laquelle les individus sont des sujets rationnels capables de contrôler leurs désirs et de faire des choix éclairés lorsqu'ils sont dans des situations qui le permettent est réintroduit dans le discours. Les situations de vie précaires auraient en ce sens un effet néfaste sur l'autonomie des individus, plutôt que de seulement constituer une situation qui crée un rapport différencié à la santé et au risque. L'amélioration des capacités des individus à adopter des comportements sécuritaires passe dorénavant par l'amélioration des situations de vie nécessaires à l'exercice d'un plus grand contrôle sur les pulsions, comme si ce contrôle relevait d'un choix rationnel lorsque les situations de vie le permettent.

Bref, la lutte contre le VIH passe par la prévention des comportements à risque ou ce que nous avons appelé la prévention des risques individuels. Le changement de comportement est présenté dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida comme le seul et unique moyen efficace pour contrôler l'épidémie, en offrant la possibilité de réduire les taux d'infection à court terme. Il a été et est toujours l'élément central de ce dispositif de sécurité, même si la manière de le problématiser s'est transformée dans le temps. À l'origine de la stratégie, il est construit comme une réalité essentiellement déterminée par des facteurs d'ordre *cognitif* et *psychosocial* et il est directement visé comme objet de changement. Dans la phase 3, il est présenté comme étant conditionné par les *valeurs* auxquelles les individus provenant de différents milieux socio-culturels adhèrent et, dans les phases subséquentes, comme fortement structuré par les *problèmes/besoins sociaux primaires*. Mise en place de mécanismes cognitifs et psychosociaux de normalisation disciplinaire des conduites ou d'encadrement de l'espace de liberté d'action dans un premier temps (phases 1 à 3) et tentative d'action

sur les conditions (valeurs et situations de vie) qui limitent le potentiel d'autonomie et de prise en charge de la santé dans un second temps (phases 3 à 5), voilà les orientations discursives (et normatives) à travers lesquelles est construit l'objet de la prévention dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

Ainsi, s'il est reconnu depuis la phase 4 que des situations de vie précaires font qu'un certain nombre d'individus cumulent plusieurs problématiques (pauvreté socio-économique, problème de santé physique et mental, toxicomanie, etc.) en même temps, la réponse est formulée dans le discours sous l'angle de répondre aux besoins multiples créés par ces problématiques, et non pas de mettre en oeuvre des actions visant à les résoudre ou à diminuer leur importance par la réduction des conditions structurelles qui les produisent, comme par exemple la création d'emploi, la lutte contre la pauvreté et la désaffiliation sociale, contre le décrochage scolaire, etc. L'idée de répondre aux multiples besoins sociaux primaires est utilisée dans au moins deux orientations discursives différentes : dans la perspective de répondre aux besoins pour créer les conditions vitales minimales nécessaires pour que les individus ou les populations fassent de la santé une de leurs priorités (vision positive de la santé, santé comme capital à sauvegarder, à entretenir, etc.) et dans la perspective de réduire les facteurs qui entravent leur choix à l'égard des risques susceptibles de menacer leur santé. Se réalise alors le passage d'une conception de la prévention des risques individuels centrée sur l'adaptation normative des individus (recherche d'une conformité à la norme comportementale par des mécanismes prescriptifs d'information, de sensibilisation, de conscientisation, etc.) à une conception qui vise le soutien du potentiel d'autonomie des individus, par l'action sur les situations de vie (multiples problèmes/besoins sociaux primaires) dont il serait nécessaire d'être affranchi pour réaliser des choix comportementaux stratégiques en matière de protection de la santé.

Il est important de mentionner que la notion de besoin n'apparaît pas par hasard dans le discours de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. En effet, elle apparaît au moment de la phase 3, au moment où émerge dans les institutions de santé publique l'approche de promotion de la santé et dans un contexte de réforme du système de santé centré sur le citoyen-ne, où les droits de celui-ci sont définis en référence à la Charte des droits et libertés de la personne et à l'intégrité et la dignité de la personne (MSSS, 1990). La santé n'est pas considérée sous l'angle d'un droit social, mais du point de vue des droits de la personne d'avoir accès à des services adaptés à ses besoins, sans discrimination, etc.

Toutefois, si la stratégie tend depuis la phase 3 à élargir l'espace dans lequel les comportements sont conditionnés, les problèmes/besoins sociaux primaires sont toujours considérés comme de simples *facteurs de risque* individuels entravant, dans un premier temps, la création d'une vision positive de la santé à protéger et à entretenir (phase 4) et, dans un deuxième temps, la réalisation de choix stratégiques favorables à la santé et au bien-être (phase 5). Ainsi, les comportements sont toujours positivement présentés comme des symptômes d'un *état* (situation de vie) caractérisé par la privation et les «multiples» problèmes vécus (problèmes et besoins sociaux primaires) qui entravent les possibilités de développement d'un rapport positif à la santé et au bien-être de même que la réalisation de choix stratégiques de protection ou d'adoption de comportements sécuritaires.

Comme nous l'avons souligné dans la section précédente, les droits de la personne, fondés sur la dignité humaine et l'accès à un minimum vital, tendent dans la société contemporaine à remplacer la logique de reconnaissance des droits sociaux qui prédominaient sous l'État libéral providentiel, même s'il faut relativiser ces transformations en relation avec le fait que l'accès à ces droits est demeuré très inégal

et que les politiques sociales à portée universelle n'ont toujours pas disparu (Franssen, 2003). Ainsi, avec le développement de dispositifs (de sécurité) centrés sur les situations de vie et les multiples problèmes/besoins sociaux primaires, on assisterait non seulement à un renversement du couple responsabilité de l'État/devoir du citoyen-ne (Boismenu, 1992, 1988, 1987; Boismenu et Dufour, 1997; Procacci, 2003), mais à une transformation dans la manière de concevoir les droits minimaux (droits de la personne) et les obligations du citoyen-ne.

En effet, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida se développe dans cette perspective. Si comme nous venons de le voir elle visait à l'origine l'encadrement normatif de l'espace de liberté des individus par l'éducation sanitaire (conscientisation, persuasion, etc.), elle vise depuis la phase 3 à agir sur les normes qui prédominent dans les milieux et les multiples problèmes/besoins sociaux primaires qui vulnérabilisent les individus les plus précaires. Par conséquent, elle ouvre un «nouvel» espace centré sur l'interaction de l'individu à son environnement immédiat (situations de vie) et tend à favoriser, conformément à l'approche de promotion de la santé émergente dans le champ de la santé depuis les années 1990, la constitution d'un «minimum vital» nécessaire pour que les individus puissent retrouver le minimum d'autonomie nécessaire à la prise en charge des risques sanitaires, dont le risque d'infection par le VIH.

Tout se passe comme si avec le développement d'un soutien «le plus minimal possible» (et évidemment le moins coûteux pour la collectivité), l'État contemporain que nous avons précédemment qualifié de néo-disciplinaire est en train de créer des individus avec des droits vitaux (logement, nourriture, écoute, accompagnement, etc.)

fondés sur le respect de la dignité de la personne⁷³ et une obligation d'autonomie pour devenir un citoyen-ne. Ainsi, sous le couvert de l'idée d'une responsabilité partagée entre l'État et les individus, se réaliserait au coeur des dispositifs (de sécurité) une transformation dans la manière de concevoir les droits et les devoirs. L'État se porte garant dans la société contemporaine d'abondance d'un minimum vital pour les «laissés pour compte» et ceux-ci ont le devoir de développer leur potentiel et de se mobiliser dans la gestion des problèmes auxquels ils sont confrontés s'ils veulent être reconnus et traités comme des citoyens-nes à part entière (Procacci, 2003).

Retenons enfin qu'en considérant le comportement à risque comme conditionnés par des facteurs de risque individuels et environnementaux identifiés comme multiples problèmes/besoins sociaux primaires, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida se présente comme une *politique de situation* dont la fonction politique principale est de fournir un soutien social minimal apte à transformer les individus en sujet autonome et actif⁷⁴ à l'égard des différents problèmes sociaux et sanitaires qu'ils rencontrent, dont au premier chef le risque d'infection par le VIH. Nous verrons dans la prochaine section comment elle en vient à construire, au fil du temps, le sujet à risque (ou protégé) non plus seulement comme un sujet qui se doit d'être responsable (adapté) et de répondre

⁷³ Nous avons souligné ailleurs que les pratiques qui se réalisent dans certains organismes communautaires de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues visent plus les droits de la personne (accès aux ressources de santé, non discrimination liée à la différence, etc.) que les droits sociaux comme tels (Lévesque *et al.*, 2001; Laperrière *et al.*, 2004).

⁷⁴ Le terme *actif* n'est pas utilisé dans le sens actionnaliste, avec sa connotation politique (action politique), mais plutôt dans le sens *d'activité à réaliser*, comme c'est le cas par analogie des populations actives sur le marché du travail, c'est-à-dire d'individus qui exercent une activité d'emploi ou sont à la recherche d'un tel emploi. On cherche ici à impliquer les acteurs locaux (y compris les individus appartenant aux populations jugées à risque) dans les activités de prévention planifiées et programmées par les agences étatiques de santé publique, et non pas à créer un mouvement de revendication politique de droits sociaux.

aux prescriptions comportementales, mais un sujet qui se doit de se mobiliser et se prendre en main.

5.4 Sujet à risque et agir préventif

La constitution des individus en sujet est une question complexe. Chacun d'entre nous sommes interpellés dans les différents registres où se constitue notre rapport aux autres et à nous-mêmes, à travers les normes qui prédominent dans les institutions (État, famille, etc.), les organisations (université, groupes communautaires, clubs, etc.), les réseaux informels (amis, collègues, etc.) de même que par les différents types de savoirs qui sont véhiculés par les canaux de communication (revues scientifiques, médias, échanges quotidiennes, etc.). Néanmoins, les dispositifs (loi, politiques, programmes, etc.) mis en place par les institutions constituent un lieu où il est possible d'identifier les règles qui visent à encadrer l'espace de liberté d'action des individus considérés, dans les sociétés libérales, comme libres et égaux (du moins en droit), voire les règles qui visent à les transformer en sujets assujettis et/ou actifs vis-à-vis la normativité qu'elles véhiculent.

La Stratégie québécoise de lutte contre le sida est un de ces dispositifs. Par ce dispositif de sécurité visant à protéger l'ordre social et sanitaire par la prévention des risques individuels, la santé publique tente d'assujettir les individus qu'elle juge à risque (provenant des groupes à risque) ou à haut risque (provenant des groupes vulnérables) en les constituant comme des sujets à risque responsables et mobilisables. Nous verrons dans cette section que ce dispositif tente, dans un premier temps, d'interpeller les individus provenant de ces groupes comme des *individus abstraits inadaptés* pour les responsabiliser par la mise en place de mécanismes d'éducation sanitaire de

conscientisation et de persuasion quant à l'importance que représente le VIH pour eux-mêmes, les membres de leurs réseaux sociaux et pour la société dans son ensemble. Dans un deuxième temps, par des procédures de promotion de la santé, ce dispositif tente d'interpeller les individus des groupes vulnérables dans leur *singularité*, c'est-à-dire comme des personnes fragilisées, mais possédant toutefois le potentiel de devenir des sujets autonomes dans la prise en charge de leur santé, y compris dans la protection à l'égard du risque d'infection par le VIH.

Dans les deux premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, le sujet à risque est construit comme un *sujet inadapté* qu'il faut, par diverses mesures de prévention (information, éducation sanitaire et counselling) et l'accès aux moyens de protection, *responsabiliser*, c'est-à-dire *informer*, *conscientiser*⁷⁵ et *persuader* du risque que représente l'existence du VIH, pour lui-même, les membres de son environnement et la société. Il est en quelque sorte sujet «mal» informé, inconscient des risques pour lui-même et pour les autres et il est, de ce fait, peu enclin à réaliser les choix nécessaires pour sa protection et la protection de la santé publique. Les mesures les plus appropriées pour faire face à l'épidémie et avoir un impact à court terme sont, en plus des campagnes générales d'information (médias, affiches publicitaires, etc.), les mesures d'éducation sanitaire et le counselling pré-test et post-test.

L'éducation sanitaire est présentée comme le principal outil de prévention et celle-ci doit être organisée en programme. Pour être efficace, l'action éducative doit «... porter

⁷⁵ Il est important de souligner ici que la prévention dans les premières phases ne vise pas seulement à sensibiliser les individus au danger que représente le VIH, mais bel et bien à *faire prendre conscience* des risques d'exposition au VIH et des responsabilités des individus à l'égard de la transmission ou de la propagation du virus, par des activités de prévention comme le counselling pré-test et post-test. Le recours à la notion de conscientisation vise, à la différence de celle de sensibilisation qui vise à faire réagir ou à susciter un intérêt, à rendre lucide. Elle tend à vouloir construire un sujet faisant appel à la *raison* dans la réalisation de ses choix.

sur les facteurs de risque et s'adresser aux personnes porteuses de ces facteurs dans leurs comportements» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 19), soit l'incitation à l'adoption de pratiques sexuelles responsables, l'utilisation du condom, l'évitement des relations anales, le nettoyage du matériel d'injection, etc. Ces programmes doivent également être mis en oeuvre dans les différents milieux de vie des groupes cibles (milieu scolaire, rue, milieu gai, organismes communautaires, etc.) afin qu'ils soient réalisés par des personnes significatives pour les populations à risque, soit des individus auxquels elles s'identifient; l'identité semble être perçue comme une des dimensions «forte» à travers laquelle il est possible d'obtenir l'adhésion des individus à la prévention. L'éducation sanitaire doit éviter le sensationnalisme et les préjugés et viser l'efficacité, c'est-à-dire à ce que les individus s'adaptent à l'existence du risque que représente le VIH. Ainsi, puisque la transmission se réalise par des canaux (sexualité en particulier) qui «échappent à la logique», les actions éducatives ne doivent pas viser uniquement l'information, mais la *persuasion*.

Si l'éducation sanitaire vise les groupes en tant qu'entité abstraite, les activités de counselling tendent à agir plus en profondeur puisque l'intervention se réalise sur une base individuelle. Pour les auteurs-es du rapport, le counselling constitue un moyen de prévention à privilégier puisque son efficacité aurait été éprouvée par le fait que les individus qui ont accès à ce type de soutien auraient davantage tendance à se protéger du risque. Il est défini comme «... l'utilisation d'une approche psychologique dans le conseil ou l'orientation donnée à une personne». Le counselling pré-test est présenté comme une «consultation risque-bénéfice» et le counselling post-test comme une «consultation psychosociale» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 31). Les activités de counselling de prévention en contexte communautaire sont l'entraide, l'écoute,

l'accompagnement, les conseils, etc. Le counselling vise, par la conscientisation, l'adaptation des individus au risque et au danger que représente le VIH.

L'objectif principal du counselling est la *conscientisation* des individus au danger que représente la transmission et l'exposition au VIH, pour eux-mêmes, les membres de leur environnement social avec qui ils ont des relations de même que les dangers pour la santé publique en général.

En termes de prévention, le counselling pré-test et post-test a pour objectif de faire en sorte que toute personne à risque, qui se considère comme telle ou qui est infectée, prenne conscience des risques de transmission ou d'exposition au VIH et limite ces risques en adaptant, si nécessaire, ses habitudes, ses pratiques ou son comportement (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 88-89).

Dans cette perspective, l'objectif visé par la santé publique est l'encadrement de l'espace de liberté d'action des individus par la conscientisation. Ceux-ci sont présentés comme des sujets capables de s'adapter s'ils ont accès aux moyens de protection, s'ils sont *conscientisés* et *persuadés* du fait qu'ils sont à risque dans certaines conditions ou du fait d'appartenir à un des groupes identifiés comme à risque. Le sujet à risque est donc construit dans le discours comme un *sujet rationnel*, capable de faire des choix protecteurs pour sa santé et de s'adapter à l'existence de ce nouveau virus qu'est le VIH s'il a accès à l'information et à des conseils percutant sa conscience. Il est en quelque sorte sujet de raison responsable de sa condition d'inadapté (ou de sa condition d'adapté).

Dans la phase 3, le sujet à risque est toujours présenté comme un sujet inadapté. Toutefois, à la différence du discours qui prévaut dans les phases précédentes, l'inadaptation ne relève plus d'un manque de connaissance, de conscientisation ou

d'accès aux moyens de protection (même si ces mesures de prévention sont toujours jugées importantes) puisque plusieurs individus continuent toujours à s'exposer au VIH malgré le fait qu'ils sont persuadés qu'ils sont à risque. Elle relèverait des dispositions de vie, des manières d'être ou des normes incorporées dans le style de vie, que ce soit en matière de sexualité ou d'usage de drogues.

Il y a donc une interface fondamentale entre les conditions de vie des différentes populations cibles et leur manière de vivre la prévention du VIH et des autres M.T.S. Il y a des états, des conditions, des dispositions de vie qui favorisent le risque de transmission et qui sont plus présents dans certaines populations cibles; ces manières d'être se doublent de valeurs véhiculées dans ces populations, valeurs dont la portée par rapport aux messages et aux moyens de prévention joue un rôle majeur. Le condom pour un inuit et pour une prostituée n'est pas perçu selon les mêmes valeurs (CQCS, 1991a, p. 4).

Ainsi, le sujet à risque est construit comme un sujet qui adhère à des normes ou à un style de vie qui ne sont pas compatibles avec la prévention des risques. De plus, c'est dans la singularité de la personne (et non plus dans l'individu abstrait) qu'il est construit, la sexualité et l'usage de drogues seraient des dimensions fondamentales de la personne (à part entière) et se vivraient de manière singulière pour chacune d'elle.

De l'état pathologique qu'est le sida, découle une situation morale en rapport avec la sexualité humaine. Celle-ci est une dimension fondamentale de chaque personne. Mais chaque personne n'est pas identique dans sa manière de concevoir et de vivre sa sexualité (CQCS, 1991a, p. 3).

L'adaptation au risque que représente le VIH passerait dans cette perspective par l'intégration d'une norme protectrice à l'intérieur du schème de valeurs des individus. De plus, plutôt que l'attitude prescriptive qui prédomine généralement dans les

dispositifs d'éducation sanitaire, des interventions personnalisées sont promues. L'éducation sanitaire ne doit plus viser seulement la conscientisation ou la persuasion, mais elle doit s'inscrire dans un processus de transformations du style ou du mode de vie, par la détermination conjointe intervenant-personne à risque d'objectifs de changement favorable à la prévention, c'est-à-dire à l'adoption d'un mode de vie protégé du VIH.

L'attitude : il faut repenser les formules d'approche : les approches coercitives, administratives et institutionnelles doivent céder le pas à une approche personnalisée, centrée sur la qualité de la relation et l'approche par objectifs; dans un tel contexte, les toxicomanes ne sont pas si difficiles à approcher : tout est une question de respect, d'aide et d'ouverture (CQCS, 1991a, p. 33).

L'appel au pair (aidant) constitue une stratégie à développer car elle permettrait de mieux pénétrer le milieu de vie, de faire participer les individus ciblés dans l'élaboration de messages de prévention adaptés aux normes du milieu et de constituer un symbole auprès des individus jugés à risque, en tant que figure d'influence à laquelle ils peuvent faire confiance et s'identifier.

La variété des clientèles exige que des programmes de prévention adaptés viennent compléter les campagnes de communication, car certaines populations qui sont plus exposées à contracter des MTS ou le VIH ne reçoivent correctement les messages qui leur sont destinés que dans la mesure où elles se reconnaissent en eux et se sentent interpellées par leur contenu. Des interventions terrain développées localement et pouvant reposer, entre autres, sur la contribution des pairs, continueront d'être soutenues (CQCS, 1992, p. 14).

Bref, le sujet à risque est toujours considéré comme un sujet inadapté, mais un sujet présentant un potentiel d'adaptation s'il est reconnu dans sa singularité, c'est-à-dire comme une personne pouvant mobiliser ses ressources (internes) lorsqu'elle est reconnue comme une personne à part entière, en particulier par ses pairs. Ainsi, l'adaptation des individus provenant des populations dites particulières est toujours l'objectif visé par la prévention, mais leur responsabilisation passe dorénavant par la participation à l'élaboration des messages de prévention et l'implication des pairs aidants par laquelle est visée la création de symboles nécessaires au développement d'une identité positive dans la prévention des risques. L'adhésion à l'idée de prévention des risques individuels tiendrait plus aux relations personnalisées et à la participation qu'à des mesures prescriptives visant la conscientisation ou la persuasion.

Si le discours est toujours centré sur le changement au plan individuel, c'est dorénavant sur la base que les individus sont des *personnes singulières* que le sujet à risque est construit. Rappelons ici que la phase 3 de la stratégie a été élaborée et s'est mise en oeuvre dans un contexte de réforme du système de la santé et des services sociaux de la première moitié des années 1990 où, comme nous l'avons déjà souligné, l'idée centrale qui la traverse est celle de placer la personne ou le citoyen-ne au centre des services et des actions socio-sanitaires. Il n'est donc pas surprenant que la personne prise dans sa singularité et dans sa «globalité» (style de vie) soit au centre du discours de cette phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, et que soit préconisée une approche d'intervention personnalisée se caractérisant davantage par la *relation d'aide* que par des interventions à portée prescriptive, comme c'était le cas dans les phases précédentes.

La phase 4 vient renforcer cette stratégie discursive en introduisant, comme nous l'avons souligné précédemment, l'idée que la vulnérabilité au risque d'infection est

fortement accrue par les situations de vie dites difficiles, où certaines personnes cumulent plusieurs problèmes/besoins sociaux et sanitaires en même temps. Toutefois, dans cette phase, le sujet à risque n'est plus construit comme un sujet inadapté, mais comme un *sujet vulnérable* au risque, c'est-à-dire comme un *sujet fragilisé* par sa situation de vie. De plus, et c'est un élément important, c'est dans son potentiel d'autonomie (d'action) qu'il est fragilisé et, en particulier, dans la possibilité de prendre en charge sa santé. Cette fragilité est liée à l'idée que, dans des situations de vie précaires (ou de survie) ou lorsque les individus cumulent plusieurs problèmes/besoins sociaux et sanitaires⁷⁶, non seulement les préoccupations pour la santé ne seraient plus prioritaires, comme il avait été proposé dans la phase 3, mais que des «conditions de vie» précaires constituent un frein aux possibilités de prendre en charge sa santé, dont la protection à l'égard du risque que représente le VIH.

La volonté clairement exprimée dans la phase 4 de soutenir le potentiel d'autonomie d'action des personnes ou des groupes vulnérables est le corollaire de cette conception du sujet à risque comme sujet fragilisé et marque une rupture, sinon une réorientation importante dans le discours de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. En effet, elle introduit l'idée que les individus (même les plus précaires et les plus vulnérables) sont des personnes en puissance, c'est-à-dire des individus présentant non seulement une capacité d'adaptation, mais un potentiel d'action dans la prévention du VIH ou, plus largement, un potentiel d'action dans la résolution des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés si, bien sûr, les besoins sociaux primaires sont comblés.

⁷⁶ Dans la phase 4, le terme de *cumul de facteurs de risque* est utilisé alors que la phase 5 utilise plus l'idée de *facteurs associés* et celle de *multiproblématiques*. Parfois, le terme facteurs associés est utilisé dans la perspective que l'infection par le VIH est un facteur d'appauvrissement, mais dans la majorité des cas, il réfère à l'idée qu'en plus d'appartenir à un groupe à risque (qui est considéré comme un facteur de risque en soi dans le discours), plusieurs individus cumulent d'autres problèmes sociaux et de santé.

Dans pareil contexte, l'information sur les modes de transmission de l'infection et sur les moyens de prévention (condoms, seringues, etc.) de même que la distribution de ces moyens, bien qu'essentielles, ne suffisent pas. Il faut élargir l'approche auprès de ces personnes et de ces groupes particulièrement exposés, tenir compte davantage de leur situation et favoriser le développement de leur potentiel d'action en vue de l'amélioration de leur santé. Il faut également intervenir sur les aspects jugés stratégiques dans l'environnement social pour faciliter la prévention du VIH (CQCS, 1998, p. 11).

Plus précisément, elles sont considérées comme des personnes qui possèdent un potentiel de prise en charge de leur santé lorsqu'elles sont soutenues dans la résolution de leurs problèmes personnels, l'amélioration de leur situation de vie et, principalement, lorsque sont réduites les discriminations dont elles seraient souvent victimes dans les politiques ou de la part des acteurs dits de l'environnement social dans le discours. La promotion de la santé est l'approche d'intervention par laquelle il est jugé possible de soutenir et de mobiliser ces populations dans la prise en charge de leur santé.

Considérer dès lors les personnes dans leur vulnérabilité plutôt que strictement en fonction de leur appartenance à des groupes à risque d'exposition, c'est élargir l'approche, s'ouvrir plus à leur réalité, tenir compte davantage de leurs problèmes, se rapprocher d'elles et adapter les interventions en conséquence. C'est agir davantage sur les déterminants de la santé, en conformité avec l'approche de promotion de la santé, cela a pour effet d'orienter en l'occurrence nos actions vers le développement des aptitudes personnelles, le renforcement de l'action communautaire, la création d'environnements sociaux favorables et l'adaptation des services sociosanitaires (CQCS, 1997, p. 18).

On reprend ici la définition donnée dans la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé, à savoir que «La promotion de la santé est un processus qui confère aux

populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer» (CQCS, 1997, p. 18). Le développement des aptitudes personnelles, l'action communautaire, la création d'environnements sociaux favorables ainsi que l'adaptation des services socio-sanitaires sont les principales lignes directrices à travers lesquelles sera envisagé le soutien des individus les plus vulnérables dans la prise en charge de leur santé.

Le développement des aptitudes personnelles ainsi que l'adaptation des services socio-sanitaires aux besoins des différentes populations vulnérables ne sont pas des idées nouvelles de la phase 4. Ils visent pour l'essentiel la poursuite des actions menées dans la phase 3, avec la différence toutefois qu'est préconisé de porter une attention plus grande aux situations de vie vécues par les populations les plus précarisées et les plus vulnérables. Par exemple, la diversification des approches d'éducation sanitaire, la teneur des messages et des activités éducatives est toujours promue. La participation des personnes vulnérables aux activités d'éducation sanitaire l'est également toujours, mais l'accent est davantage mis sur le travail en petit groupe, sur les approches interactives. L'appel aux pairs aidants est présenté comme une solution de rechange efficace à renforcer. De même, les services doivent s'adapter pour mieux rejoindre les personnes là où elles sont (milieu de vie), assouplir les règles d'admissibilité aux services pour les personnes toxicomanes, soutenir les milieux de vie là où ces personnes entretiennent des relations de confiance, etc. Toutefois, le développement du potentiel d'action des groupes et des personnes vulnérables et l'action sur l'environnement social constituent, en référence à l'approche de promotion de la santé, une nouveauté dans le discours de la phase 4.

En effet, le discours de cette phase s'élabore autour de l'idée qu'il faut dorénavant *outiller* les personnes et les groupes vulnérables afin qu'ils puissent se *mobiliser* et

prendre leur santé en charge. Trois types d'actions visant le développement de leur autonomie (d'action) à cet effet sont promus, soit 1) leur regroupement comme groupe d'intérêt, 2) leur participation à l'action communautaire et 3) le soutien social de travailleurs-es communautaires et de travailleurs-es de rue.

Il convient de soutenir le regroupement des personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits, de contrer les abus et la violence et de favoriser des actions de prévention et de soutien face au VIH/sida.

De même, il faut appuyer les interventions et les organismes qui suscitent la participation des personnes vulnérables afin que celles-ci soient davantage en mesure de répondre à leurs besoins.

Enfin, des activités de formation portant sur le développement du potentiel d'action de ces groupes et de ces personnes vulnérables devront être planifiées à l'intention des organisateurs et des travailleurs communautaires ainsi que des travailleurs oeuvrant dans le milieu auquel appartiennent ces personnes vulnérables (CQCS, 1997, p. 22).

En dépit du fait qu'il est connu que ces mesures n'ont pas encore pris la forme souhaitée depuis le début de cette phase⁷⁷, du moins chez les UDI, il est important de retenir ici que ce discours est centré sur le développement de mesures visant la

⁷⁷ Il n'existe pas à Montréal de groupes d'usagers-ères de drogues constitués en groupe d'intérêt, comme les groupes d'Auto-support des usagers de drogues (ASUD) en France ou le «Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)» à Vancouver par exemple. Toutefois, les organismes communautaires qui font de la prévention du VIH sont en partie composés d'ex-usagers-ères de drogues, d'individus provenant du milieu ou encore, comme le soulignent Bastien *et al.* (2001), de travailleurs-es de proximité ayant une forte altérité à l'égard des populations marginalisées. De plus, bien qu'il ne s'agit pas de regroupement d'intérêt mais d'organismes de services, ces organismes communautaires tentent de faire de la défense des droits de la personne d'une part, et ils ont constitué une source importante d'influence dans le développement de services de RM, ne serait-ce que parce qu'ils ont été les premiers à offrir un service d'échanges de seringues plutôt controversé à l'origine d'autre part.

mobilisation des populations et des personnes vulnérables dans la prise en charge de leur santé. Ce sont les organismes communautaires qui ont rempli ce rôle au Québec et, comme nous le verrons au prochain chapitre, ils ont joué et jouent un rôle important dans le développement d'interventions visant la mobilisation au plan individuel, en soutenant les personnes dans leur démarche personnelle, le travail par objectif, le développement de l'estime de soi, l'utilisation des services de santé, etc. (Lévesque *et al.*, 2001; Laperrière *et al.*, 2004).

Toutefois, par la création d'environnements sociaux favorables à la prévention, la phase 4 propose des actions visant surtout la réduction des obstacles à la prévention, principalement la réduction des *discriminations* qui s'exercent envers les populations vulnérables comme les usagers-ères de drogues et les HRSH, que ce soit au plan de la reconnaissance sociale, l'accès aux services de santé et aux services sociaux adaptés à leur réalité, à leur «mode de vie», etc. Pour ce qui a trait aux usagers-ères de drogues, le discours de la phase 4 considère qu'ils ont droit d'avoir accès à des services de RM sans discrimination, de première ligne et d'adaptation sociale correspondant à leurs besoins, notamment pour ceux qui ne peuvent arrêter ou ne veulent arrêter de consommer.

On sait que l'environnement social influence d'une certaine manière le fait d'avoir ou non un comportement sécuritaire. Cela est d'autant plus pertinent dans le cas des groupes qui font l'objet de discrimination en raison de leur orientation sexuelle ou de la consommation de drogues illicites. Un pas dans la bonne direction serait la reconnaissance sociale des personnes homosexuelles, notamment du statut de conjoint de fait. Des propositions de modifications des lois à ce chapitre devraient être favorisées.

Par ailleurs, l'approche de réduction des méfaits appliquée à la toxicomanie permet de rendre notamment accessibles aux toxicomanes qui ne peuvent arrêter de consommer le traitement à la

méthadone, des services de première ligne, d'adaptation sociale ou de réadaptation, et des moyens de protection. Cette approche aborde le problème sous l'angle de la santé plutôt que de la coercition. Il nous appartient de faire la promotion de cette approche auprès des instances concernées.

Dans un autre ordre d'idées, il faut reconnaître que l'on dispose de peu d'information sur les conditions d'exercice et la décriminalisation de la prostitution, de même que sur la légalisation de l'usage de certaines drogues. Étant donné l'impact possible de ces questions sur la prévention des MTS et du VIH, il serait certainement utile de les documenter (CQCS, 1997, p. 23).

Insistons ici sur le fait que ce discours ne vise pas la promotion des droits sociaux habituels (travail, éducation, etc.) pour les individus, mais la réduction des discriminations exercées à l'égard de certaines catégories de personnes marginalisées par leur «mode de vie» (homosexuels, usagers-ères de drogues illicites, etc.), en particulier sur le plan de l'accès aux services de santé et aux services sociaux. De même, malgré le fait que l'action intersectorielle est présentée comme moyen efficace pour agir sur l'environnement social des personnes et des groupes vulnérables, la phase 4 ne fait que souligner l'importance que le MSSS maintienne et renforce ses collaborations avec les autres ministères, notamment pour favoriser la reconnaissance des personnes homosexuelles, l'adoption d'une politique de RM ou pour analyser l'impact de la décriminalisation et de la légalisation de la prostitution sur la prévention (CQCS, 1996, p. 42-44). En quelques mots, la phase 4 préconise le développement de mesures visant à soutenir les personnes et les groupes vulnérables dans la prise en charge de leur santé par le développement de services adaptés et la réduction des obstacles qu'ils rencontrent pour y avoir accès.

La phase 5 s'inscrit dans la même logique discursive que la phase 4. Toutefois, le discours de cette phase met de l'avant l'idée que le sujet à risque n'est pas seulement conditionné par ses «conditions de vie», mais également gouverné par ses pulsions libidinales. Dans ces conditions, le changement de comportement passe aussi par les *motivations*, conscientes ou inconscientes. Il est non seulement toujours le but ultime des actions, mais le soutien au développement du potentiel d'autonomie des individus et des groupes vulnérables devient la pierre angulaire de l'ensemble des actions, que celles-ci visent directement la motivation et les capacités des personnes vulnérables, le soutien social aux groupes vulnérables ou l'«empowerment» des dites «communautés» d'appartenance.

D'une part, le sujet à risque est considéré dans le discours comme un sujet dont les comportements sont motivés essentiellement par la recherche des plaisirs dits immédiats, comme si l'acte sexuel et l'usage de drogues résultaient de pulsions incontrôlées et difficilement contrôlables. Il est dans cette perspective sujet gouverné par la «jouissance» qu'apporte la sexualité ou l'usage de drogues, au-delà des conditions et des rapports sociaux dans lesquels l'activité sexuelle ou l'usage de drogues a lieu.

En somme, on ne peut faire fi des perceptions et des nouvelles réalités relatives à ces infections. En outre, il n'est pas inutile de souligner que les actions préventives dans le domaine des ITSS visent des comportements motivés par la recherche de plaisirs immédiats, soit la sexualité et la consommation de drogues. Les actions préventives modulent en quelque sorte la jouissance pour éviter la prise de risque. Dans pareil contexte, veiller à ce que la population soit sensibilisée aux problèmes du VIH, du VHC et des ITS, faire en sorte que le risque devienne inacceptable aux yeux des individus et inciter les individus à adopter des comportements sécuritaires présentent des défis de taille (MSSS, 2004, p. 22).

À la différence de la phase 4 qui mettait l'accent sur le fait que les situations de vie ou les nécessités élémentaires de base (se loger, se nourrir, etc.) sont des obstacles à l'adoption de comportements sécuritaires, le discours de la phase 5 tend à mettre davantage l'accent sur les pulsions individuelles, les multiples problèmes sociaux et de santé sont toujours considérés comme des déterminants des comportements à risque, mais leurs effets sur ceux-ci passeraient par les pulsions individuelles.

D'autre part, si la réduction des facteurs de risque comportementaux (amélioration des situations de vie, réduction des multiples problèmes vécus, etc.) est toujours présentée comme un enjeu pour la prévention, il ne s'agit plus seulement d'agir pour combler les besoins sociaux primaires et réduire les obstacles à l'adoption de comportements sécuritaires, mais il faut soutenir la mobilisation des individus et des groupes vulnérables dans le développement de leur potentiel d'autonomie d'action, en particulier dans la prise en charge des problèmes sociaux et de santé auxquels ils sont confrontés. Le discours de la phase 5 établit une distinction plus précise entre le renforcement du potentiel des personnes, le soutien aux groupes vulnérables et aux «communautés». Le développement du potentiel d'autonomie (d'action) passe dorénavant par des stratégies d'intervention visant plusieurs niveaux de soutien, soit l'individu, le groupe vulnérable d'appartenance et la dite «communauté locale» d'appartenance.

Au chapitre du renforcement du potentiel des personnes, le changement de comportement n'est plus principalement considéré en relation avec les situations de vie, mais en relation avec la motivation des personnes à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires dans le temps. Dans cette perspective, non seulement les individus ont une responsabilité dans la prévention des infections, mais la prévention doit insister sur l'éducation sexuelle dans son ensemble (affirmation de soi, de l'identité

sexuelle, etc.) pour que la sexualité «prenne tout son sens» et qu'elle ne soit pas réduite uniquement à l'adoption de comportements sécuritaires. Enfin, il faut favoriser la création d'un environnement favorable à l'adoption d'habitudes de vie saines et d'attitudes responsables face à l'usage des substances psychoactives, notamment par le développement d'attitudes de tolérance, de compassion et de solidarité des acteurs de l'environnement (population en général) à l'égard des personnes et des groupes vulnérables.

Ainsi, si la phase 5 propose pour l'essentiel la consolidation des activités existantes de promotion de la santé, c'est davantage dans le but d'agir sur la *motivation* des individus. La réduction des obstacles ou des contraintes engendrés par des situations de vie précaires est exclue du discours. L'influence de ces dernières sur la capacité des personnes à prendre en charge leur santé est toujours présente dans le discours, mais elles sont considérées sous l'angle de la motivation des individus à adopter des comportements à risque. Dans cette perspective, la référence à l'idée de motivation introduit celle que le sujet à risque n'est pas que conditionné de l'extérieur par sa situation de vie, mais qu'il est aussi un sujet acteur de sa propre vie. Il ne s'agit donc plus d'agir sur les attitudes, les habiletés, les comportements, etc., mais plutôt d'agir sur les forces (ou les faiblesses) des individus dans le but de développer leur motivation et leur autonomie personnelle dans la gestion des risques. Par exemple, l'acceptation sociale (tolérance, compassion, solidarité, etc.) des personnes et des groupes vulnérables est présentée non seulement comme la réduction d'un obstacle à l'adoption de comportements protégés, mais comme une condition essentielle à la motivation des personnes vulnérables à se prendre en main. De même, l'idée d'agir sur les capacités des individus à adopter et maintenir des comportements sécuritaires prend un sens différent dans la phase 5 où elle est plus associée à l'idée de pouvoir («empowerment»), alors que

dans les phases précédentes, la capacité passait par le développement des habiletés, des attitudes, etc.

De plus, si la phase 5 comme la phase 4 présente les situations de vie comme des facteurs de risque, elle met cependant l'accent sur l'accès aux services de santé et, en particulier, l'accès à des services adaptés de première ligne et d'insertion sociale, notamment pour les usagers-ères de drogues. En plus de l'accès aux services de dépistage et de vaccination pour les hépatites, le soutien aux groupes vulnérables est envisagé sous l'angle de la dispensation d'un continuum de services adaptés (globalité de la personne et des services), notamment par le développement de services à bas seuil d'exigence (méthadone)⁷⁸ et de sites supervisés d'injection et d'intégration sociale pour les UDI qui ne veulent ou ne peuvent arrêter de consommer. Le soutien est dans ces conditions perçu comme un moyen de stabilisation de la situation de vie des personnes provenant des groupes vulnérables afin qu'elles puissent se re-prendre en main, selon une logique médicale et psychosociale. Par conséquent, à la différence du discours de la phase 4, les situations de vie et les problèmes (multiples) vécus par les groupes vulnérables cessent d'être considérés dans le discours comme des obstacles qu'il faut éliminer, au profit d'une logique de soutien au développement bio-psychosocial (mesure à bas seuil, site d'injection, etc.) axée sur l'autonomie, où l'individu est appelé à se prendre en main, voire à se mobiliser dans un projet d'intégration sociale dont les contours demeurent pour le moins imprécis.

⁷⁸ Le principe de *bas seuil d'exigence* inhérent au concept de RM n'est utilisée que deux fois dans le corpus, en relation avec l'idée d'offrir l'accès à la méthadone ou à d'autres produits de maintenance. Ainsi, il valorise une prise en charge médicale et psychosociale des risques associés à l'usage de drogues. Les dimensions sociales comme le travail et l'éducation à bas seuil d'exigence qui pourraient favoriser l'amélioration des conditions de vie des usagers-ères de drogues et conséquemment la réduction des risques sont exclues du discours.

Le soutien au regroupement des personnes vulnérables en groupe d'intérêt et leur participation à l'action communautaire sont formulés dans la phase 5 sous le vocable de *soutien au développement des «communautés»*, axé principalement sur l'idée d'«empowerment» des «communautés» pour une prise en charge de leur santé. Malgré un flou plus qu'exemplaire dans l'utilisation des termes de groupe et de «communauté», où le groupe et la «communauté» sont présentés à la fois comme reflétant la même réalité et des réalités différentes, la prise en charge de la santé (dont la prévention des risques d'infection) passe par le soutien des «... processus d'«empowerment» de ces «communautés» afin qu'elles déterminent les problèmes les plus importants dans le domaine des ITSS et qu'elles participent aux solutions» (MSSS, 2004, p. 38). Ainsi, la réduction de la vulnérabilité passe par un soutien à la constitution des dites «communautés locales» en sujet autonome et, particulièrement, par le regroupement des personnes vulnérables en groupe d'intérêt et de défense de leurs droits. Le sujet à risque est dans ce discours un sujet qui se doit d'être mobilisé et de se mobiliser, localement et collectivement, dans la prise en charge des problèmes de santé (dont le VIH) et de bien-être auxquels il est confronté. Il devient sujet capable d'être autonome s'il est soutenu, notamment par le biais du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du MSSS, sur lequel nous reviendrons au chapitre 6.

Il existe différentes communautés au sens strict du terme qui partagent, par exemple, des valeurs et qui sont particulièrement touchées par le VIH et les ITS. Ce sont les communautés ethnoculturelles, principalement celles dont les personnes sont originaires des Caraïbes et des pays d'Afrique, les Autochtones et, surtout, la communauté gaie qui a été la première à se mobiliser dans la lutte contre le sida. Il y aurait lieu de favoriser la formation d'autres groupes, comme les utilisateurs de drogues. Depuis 1973, il existe au Ministère un programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) qui promeut l'action des organismes communautaires et qui prévoit qu'on leur offre soutien, information et soutien financier. Il

importe de soutenir le processus d'empowerment de ces communautés afin qu'elles déterminent les problèmes les plus importants dans le domaine des ITSS et participent aux solutions.

Que ce soit le regroupement de personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits et de favoriser les actions de prévention ou que ce soit des interventions qui suscitent la participation des personnes vulnérables, il convient d'appuyer ces initiatives qui contribuent à diminuer la vulnérabilité. Le Cercle de l'espoir Stratégie des premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida constitue un bel exemple d'une volonté de la communauté de prendre en mains ce problème. Il faut par ailleurs soutenir l'implantation de cette stratégie (MSSS, 2004, p. 38).

La stratégie fait explicitement référence ici à la manière dont l'INSPQ conçoit le développement des «communautés». Si le développement social est défini comme étant la mise en place des conditions requises pour permettre au citoyen-ne de bénéficier de conditions de vie décentes, de développer son potentiel, de tirer une juste part de l'enrichissement collectif, le développement des «communautés» est défini comme «... un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents-es et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique. Le développement des communautés s'exerce sur un territoire précis tel un quartier ou un village» (INSPQ, 2002, p. 2). De plus, il est considéré que, si la «communauté» peut représenter l'objet de l'action de santé publique, elle est aussi un moyen pour atteindre des objectifs de santé et de bien-être : «La différence fondamentale qu'introduisent le développement social et le développement des communautés dans les interventions de santé publique est la nécessité de travailler dans le milieu «avec» les populations plutôt que «pour» elles, sans négliger les besoins des instances en place et les projets pouvant en émerger» (INSPQ, 2002, p. 2).

Cinq principes fondamentaux doivent être mis de l'avant dans toutes les interventions menant à l'amélioration de la santé des «communautés», soit 1) la participation des individus et des communautés locales aux décisions et aux actions qui les concernent, 2) le développement de l'«empowerment», défini comme étant la reconnaissance et le développement du potentiel de leadership des personnes, des groupes et des communautés et de leur compétence à décider et à agir, 3) la concertation et le partenariat dans la réalisation des projets liés au développement, 4) la création et le déploiement d'interventions qui peuvent soutenir la lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales et 5) la promotion et l'harmonisation de politiques publiques favorables à la santé, entre les paliers local, régional et provincial (INSPQ, 2002, p. 3). Pour stimuler les initiatives de développement, il s'agirait simplement de créer une synergie entre les acteurs de différents secteurs, comme si ceux-ci étaient tous égaux, avaient les mêmes intérêts et que l'harmonisation de leurs pratiques suffirait à résoudre les problèmes les plus complexes.

Il est peu probable que l'utilité et l'efficacité de ces principes au plan de l'amélioration de l'état de santé des populations soient démontrées. Toutefois, ils font partie de la «nouvelle» rhétorique des agences (séculaires) de la santé publique québécoise (notamment dans le secteur de la lutte contre le VIH). Ils s'inscrivent dans une stratégie discursive dont l'objectif est la mobilisation des acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés. Nous reviendrons sur cet enjeu plus loin en nous interrogeant sur le sens et la portée de tels principes dans la transformation des modes de régulation sociale et du rôle de l'État dans les sociétés contemporaines. Retenons au passage que le développement social et le développement des «communautés» sont perçus comme un ensemble d'actions visant à «... transformer les personnes et les communautés ciblées en acteurs qui participent activement à

l'élaboration et au déploiement d'un projet social sur lequel la continuité de l'intervention pourra reposer» (INSPQ, 2002a, p. 33). Dans cette perspective, l'«empowerment» est considéré comme «... le concept unificateur du développement social et du développement des communautés» (INSPQ, 2002a, p. 1).

En résumé, dans les premières phases, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida interpelle les individus provenant des groupes à risque comme des *individus abstraits*, désincarnés des conditions sociales et culturelles dans lesquelles ils vivent, et tente de les responsabiliser par la mise en place d'activités d'éducation sanitaire (distribution du matériel de protection, messages de prévention, counselling, etc.) visant à les conscientiser et à les convaincre que le VIH représente un risque pour eux-mêmes, les membres de leurs réseaux sociaux et pour la société. Les activités d'éducation sanitaire visent à encadrer leur espace de liberté d'action dans un objectif de conformité à la norme de prévention promue par la santé publique (approche comportementaliste) comme seul et unique moyen de faire face au danger d'épidémie du VIH.

Le sujet à risque est dans cette perspective construit comme un sujet inadapté, mais un *sujet rationnel* qui se doit d'agir en citoyen-ne responsable en adoptant des comportements protégés. Il est considéré comme un citoyen-ne qui a un droit à l'assistance des agences étatiques de santé publique (droit à l'information, accès aux services de santé, etc.), mais il a également des devoirs ou des obligations envers la société, soit celui de se protéger et de protéger les autres. Il est dans ces conditions construit comme un sujet responsable, au-delà de toute référence à son statut social et à la place qu'il occupe dans la hiérarchie sociale.

Dans les phases subséquentes, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida interpelle les individus des groupes vulnérables dans leur *singularité*, mais cette fois

comme des *personnes empiriques* ancrées dans les situations et expériences de vie quotidienne où elles acquièrent leur identité et tente de les outiller par des actions de promotion de la santé (santé positive, regroupement en groupe d'intérêt, action communautaire, soutien des travailleurs-es de rue, etc.) afin de les motiver et de les mobiliser dans la prévention. Ainsi, elle ne vise plus seulement à encadrer leur espace de liberté d'action par des prescriptions normatives, mais à réduire les obstacles (discrimination, situations de précarité extrême, etc.) qui nuisent au développement de leur autonomie et à fournir le soutien social minimal (principalement services de santé) nécessaire à l'actualisation de leur potentiel d'action et de re-prise en main de leur santé.

Le sujet à risque n'est dans cette perspective plus présenté comme un sujet inadapté, mais comme un sujet *vulnérable*, fragilisé par des «situations de vie difficiles» et un «état personnel précaire». Il est plus victime que responsable. Mais, en même temps, il est *sujet en puissance*, capable d'auto-réalisation de soi dans la gestion des risques lorsqu'il est soutenu, par les pairs aidants, mais principalement par les acteurs des «communautés» auxquelles il est de fait censé appartenir et y trouver les ressources nécessaires à la résolution des multiples problèmes/besoins sociaux primaires auxquels il est confronté. Le soutien à la motivation des personnes vulnérables, à la mobilisation des groupes vulnérables et des dites «communautés» d'appartenance constituent en quelque sorte les grandes logiques à travers lesquelles la santé publique tend à individualiser ou à «communautariser» la lutte contre le VIH.

Ainsi, si le but ultime demeure toujours celui que les individus s'adaptent à l'existence du VIH, les moyens pour y arriver ne visent plus la prescription de normes, mais le développement du potentiel d'autonomie dans la prise en charge de la santé. On passe d'une logique discursive axée sur l'adaptation (conformité à la norme de prévention par l'adoption de comportements sécuritaires) où le sujet à risque est jugé

responsable de ses comportements à une logique d'autonomisation de celui-ci axée sur la «libération» de son potentiel (sujet possédant des forces⁷⁹) d'auto-réalisation de soi (affirmation de soi, dans les relations sexuelles notamment), à travers la mobilisation des acteurs des collectivités locales dans la prise en charge et la résolution des multiples problèmes/besoins sociaux primaires auxquels ils font face.

Par conséquent, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida crée un «nouvel» espace (situations de vie) où l'État soutient les individus à risque, mais formule en contrepartie au sujet à risque de même qu'aux acteurs de leur dite «communauté locale» d'appartenance l'exigence d'entreprendre, avec son aide, une démarche vers la ré-appropriation de son autonomie et sa re-prise en charge. Dans ces conditions, le lien entre les populations à risque et l'État n'est pas réduit, il n'y a pas de véritable désengagement de l'État, mais il est profondément transformé. Si l'État libéral providentiel se portait garant des risques sociaux et sanitaires collectifs, il incombe dorénavant aux individus des groupes vulnérables et aux acteurs locaux (en particulier les DSP et les organismes communautaires) de prendre en charge ces risques, avec toutes les dérives paternalistes (ou d'injonction) que cela suppose lorsque ceux-ci n'ont pas les ressources nécessaires pour agir sur les conditions structurelles (emploi,

⁷⁹ La rhétorique de santé publique met l'accent depuis les années 1990 sur l'idée qu'il ne faut plus seulement agir sur les faiblesses des individus, mais travailler sur et à partir de leurs forces. L'idée de travailler à développer les ressources personnelles et sociales des individus, de développer leur plein potentiel ou leur «empowerment» sont des idées qui deviendront au fil du temps dominantes dans le discours de la santé publique, du moins au Québec. L'exemple le plus frappant proposé par les «biens nantis» de la santé publique est le recours à l'idée du *développement optimal* des enfants de milieu défavorisé comme moyen de lutte contre la pauvreté, comme si la pauvreté structurelle qui sévit dans les sociétés contemporaines développées était d'abord et avant tout un problème des milieux défavorisés eux-mêmes. Cela constitue un bel exemple de la rhétorique de santé publique qui, comme l'a montré Fassin (2000a), tend à légitimer ses actions par un discours de vérité plutôt que de problématiser les enjeux liés aux inégalités de santé.

éducation, protection sociale, etc.) inhérentes à la vulnérabilité aux risques, ni le pouvoir de mener au plan local les actions politiques nécessaires à une plus grande solidarité sociale au sein de la société (René *et al.*, 2001). Analysant par exemple l'évolution du mouvement associatif montréalais, Germain *et al.* (2004) concluent que leur territorialisation a induit un pragmatisme axé sur le traitement d'un nombre important de problèmes locaux concrets.

S'il n'est pas nouveau que l'État joue le rôle de distribution des responsabilités, surtout lorsqu'il s'agit de problématiques où il peut difficilement agir par contrainte, l'État contemporain tend, par des dispositifs procéduraux, à confier aux acteurs eux-mêmes le soin de concrétiser les buts généraux que les instances législatives ou administratives ont fixés (Estèbe, 2001; Donzelot et Estèbe, 1994). Franssen (2003) a montré, dans ce qu'il appelle la *nouvelle fabrique contemporaine des sujets*, que ce qui se joue dans le passage de l'État social (État libéral providentiel) à l'État social actif (que nous avons appelé ici néo-disciplinaire), ce n'est pas tant un désengagement de l'État que la transformation de la manière d'investir le social. Il soutient à cet effet l'hypothèse que l'on assiste à la mise en place d'un dispositif global de gestion et d'assujettissement des individus précaires centré sur le contrôle des risques et l'adaptabilité subjectivante des individus relevant de catégories sociales déficientes ou déviantes par rapport aux normes comportementales et identitaires liées à la question sociale.

Plus précisément, s'il s'agit comme nous le verrons dans la prochaine section de susciter la participation des usagers-ères et des acteurs locaux au développement et à la mise en oeuvre de mesures visant la gestion des risques, c'est à travers la promotion de l'autonomie du sujet (conquête de l'autonomie du sujet) que l'État légitime son action envers les plus précarisés, et non plus à travers le principe assistanciel. Il ne s'agit plus

de viser l'adhésion à une norme, mais de susciter l'autonomie, en favorisant l'insertion sociale, l'élaboration d'un projet individuel et d'un parcours vers la re-prise en charge, etc. Pour Franssen,

ces injonctions paradoxales tendent à reporter sur les individus la charge de leur insertion, et plus globalement de leur *production* et de leur *gestion de soi*. «Sois toi-même, sois autonome» est la nouvelle injonction relayée par les différentes institutions d'aide qui apparaissent non pas comme apportant directement la réponse au problème identifié (l'emploi, le revenu, le logement), mais comme autant de ressources (d'accompagnement, d'écoute, de conseil, d'information, d'aide logisitique, de formation...) à la disposition de l'individu pour trouver une réponse à son problème (Franssen, 2003, p. 31).

Ainsi, on assisterait selon l'auteur à une recomposition des mécanismes de la régulation sociale centrés sur la discipline (imposition d'une norme substantielle de l'extérieur) au profit de mécanismes procéduraux visant l'accomplissement de la norme par les sujets eux-mêmes, voire à l'émergence de dispositifs «postdisciplinaires» de gestion des identités et des comportements qui s'exercent au nom de l'autonomie de l'individu. Ces dispositifs ne sont toutefois pas moins contraignants que les dispositifs disciplinaires. Si la sanction a cédé la place à la médiation, la culpabilisation à la psychologisation, il s'agit pour l'auteur d'un contrôle social où l'individu est appelé à se constituer en sujet en référence à sa capacité à être autonome (créatif, flexible, etc.) plutôt qu'à interioriser les normes.

Bref, par la mise en place de dispositifs procéduraux en apparence plus légitimes puisqu'ils visent l'autonomie des usagers-ères, l'État ne se désengage pas à l'égard des populations vulnérables, mais le lien qui les unit est profondément transformé. Les

dérives paternalistes sont toujours présentes, mais elles s'actualisent sur un autre plan (injonction à l'autonomie) et à un autre niveau (collectivité locale plutôt que collectivité nationale ou l'État) :

Redéfinissant l'équilibre des droits et des devoirs entre individus et collectivité politique, ils infléchissent le modèle assuranciel, protectionnel et assistanciel historiquement constitué dans le cadre de l'«État providence» dans le sens d'une injonction contraignante à la responsabilité individuelle des citoyens dans la gestion de leurs «situations personnelles», tissant, autour d'eux, un réseau de signalement, de surveillance et d'accompagnement psychosocial à la gestion de soi (Franssen, 2003, p. 49).

Autrement dit, ces nouveaux dispositifs créent un nouvel espace (situations de vie) où l'État soutient les individus, mais formulent en contrepartie de nouvelles exigences, soit celles d'entreprendre, avec son aide, une démarche vers la ré-appropriation de son autonomie et à sa re-prise en charge. Comme le souligne Proccaci (2003), le risque de pauvreté (ou de conditions de vulnérabilité à l'égard de la santé) que le droit social avait traité comme un risque de la société devient une carrière personnelle (inscription dans une biographie) où l'individu (le pauvre) est constamment dans une démarche d'insertion ou de re-prise en charge de sa «destinée» : l'État fournit le minimum vital nécessaire et il revient à l'individu (la personne) de se mobiliser, avec l'aide de ses pairs ou de sa dite «communauté locale» d'appartenance, pour s'insérer dans un parcours vers la ré-insertion sociale ou l'amélioration de ses conditions de vie et de santé.

Nous avons montré ailleurs (Lévesque *et al.*, 2001; Laperrière *et al.*, 2004) que les intervenants-es de proximité des PES tentent d'ancrer leur intervention dans la trajectoire des individus et de les soutenir, sur la base d'une approche par objectifs (en principe définis conjointement avec l'usager-ère de drogues), dans «leur» démarche vers

la sortie d'une situation d'usage inapproprié de drogues et vers l'amélioration de «leur» «situation de vie et de santé», en particulier par l'écoute, la relation d'aide et l'accompagnement dans les démarches d'utilisation des services de santé et des ressources communautaires de soutien social.

Même s'il s'agissait davantage dans ces recherches évaluatives de décrire les pratiques d'intervention que d'interroger les principes normatifs inhérents aux interventions dans les PES et d'en analyser les effets au plan de la transformation des modes de régulation sociale, elles ont néanmoins permis de constater que ce dispositif, qui s'appuie, comme dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, sur une approche dite *globale de la personne*, vise à travailler à partir des «situations de vie» des usagers-ères et à les transformer en sujet actif et autonome, en tentant par exemple d'élaborer et de mettre en oeuvre avec eux un projet de sortie de la précarité et de la marginalisation. Comme nous le verrons dans la prochaine section, c'est en relation avec ce «nouveau» processus de fabrication étatique des individus en sujets à risque autonomes que leur participation à la prévention des risques individuels de même que celle des acteurs locaux prend son sens et trouve son intelligibilité, principalement par le développement au fil du temps d'une relation de partenariat structuré entre l'État et les organismes communautaires censés les représenter.

5.5 Participation volontaire : adhésion aux normes de prévention et mobilisation

Comme nous l'avons montré, la lutte contre le VIH passe, dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, par la prévention des risques individuels, donc par un découpage étroit et plutôt restrictif des cibles et des objets de la prévention (groupe, comportement, sujet à risque). Ainsi, les possibilités que la prévention ait dans cette

perspective un impact exige une réception des messages de la part des groupes et des individus visés par la planification. Pour ce faire, la stratégie vise à mettre en oeuvre un dispositif favorisant la *participation* «volontaire» des individus des groupes à risque à la prévention du VIH, soit en soutenant directement les initiatives locales (soutien aux organismes communautaires, financement de programmes et de projets, etc.), soit en créant des organismes communautaires de prévention où ils seront invités à s'impliquer dans la prévention, en tant qu'usager-ère de drogues ou en tant qu'ex-usager-ère de drogues par exemple.

La Stratégie québécoise de lutte contre le sida s'est élaborée sur la base du respect des droits et libertés individuelles en matière de sexualité et d'usage de drogues. Dès les premières phases, il fut considéré que la contrainte aurait plus d'effets négatifs que d'effets positifs dans la lutte contre l'épidémie et qu'il fallait respecter le libre choix des individus en matière de sexualité et d'usage de drogues. Toutefois, l'adaptation des comportements exige une adhésion (consciente ou inconsciente) des individus aux normes comportementales de protection préconisées par la santé publique, sans quoi les mesures de prévention risque de rester «lettre morte» chez plusieurs d'entre eux, en particulier, chez ceux dont les «conditions de vie» ne favorisent pas une réception «naturelle» des messages de prévention.

Dès les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, les organismes communautaires sont présentés comme étant les seules ressources qui ont la crédibilité pour établir les liens nécessaires à la prévention des risques individuels avec les groupes à risque les plus précarisés et les plus marginalisés. Ils posséderaient les caractéristiques essentielles à l'établissement d'un lien de confiance, soit le partage des mêmes valeurs, des mêmes codes culturels ou des mêmes idéologies nécessaires à

la conscientisation des publics cibles à l'égard des risques que comporte le VIH pour eux-mêmes, les membres de leur réseau social et pour la société.

Ces regroupements [groupes communautaires] offrent en effet un lieu d'entraide et de réconfort qu'aucun service public, si attentif soit-il, ne peut remplacer. Il est des messages que seuls ces organismes peuvent transmettre. Ils ont pour eux la crédibilité du bénévolat et de la motivation personnelle, ainsi que la confiance des publics auxquels ils s'adressent, tant pour la qualité de leur approche que pour le partage de valeurs ou d'idéologie. C'est le cas, par exemple, de certains publics cibles comme les personnes homosexuelles ou celles qui font usage de drogues par voie intraveineuse (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 138).

Le groupe de travail va encore plus loin dans cette logique en affirmant que «... le SIDA est un problème communautaire qui requiert une réponse communautaire⁸⁰ aux deux fins d'aider les individus à ne pas être infectés du VIH et à réduire leurs craintes inutiles» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 21). Il considère que «l'implication de la communauté dans la lutte contre l'épidémie doit donc être également favorisée» (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 34) et que l'efficacité d'un programme (national) de prévention du sida «... tient à l'effort de toute la communauté, impliquant notamment une participation significative» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 62). Ainsi, le développement d'*actions concertées* (travail en réseau, maillage, etc.) sera promu afin que les programmes de prévention soient efficaces, notamment par l'intégration des organismes communautaires qui oeuvrent à partir du milieu de vie des groupes les plus à risque aux programmes et objectifs de prévention de la santé publique.

⁸⁰ Les caractères soulignés sont du document original.

Le cas du SIDA exige même un *travail en réseau*, un véritable *maillage* des efforts de tous les intervenants impliqués. C'est le dossier par excellence pour tester la capacité du réseau socio-sanitaire québécois de travailler en véritable concertation, non seulement entre ses propres éléments, mais aussi et surtout avec les organismes communautaires (Comité de prévention du sida, 1988, p. 62).

Le groupe de travail recommande dans cette perspective que l'organisation de la prévention soit basée sur les groupes cibles et qu'elle soit réalisée par les acteurs «communautaires» les plus aptes à rejoindre les individus exposés (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 91). Une des recommandations est d'allouer des ressources supplémentaires significatives afin de mieux les soutenir dans le travail de prévention qu'ils ont souvent eux-mêmes initiés et réalisés depuis l'apparition du VIH et du sida.

Les populations où l'incidence de l'infection est élevée devront être rejointes là où elles vivent et avec l'aide des organismes ou des personnes à qui elles s'identifient, qui sont crédibles à leurs yeux. Ainsi, les groupes communautaires ou les professionnels de la santé communautaire (DSC, CLSC) agissant auprès de publics qu'ils connaissent bien, devront être chargés des programmes en question (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 86-87).

On souhaite également que les organismes communautaires remplissent, dans un contexte dit de rareté des ressources, un rôle de *complémentarité* avec les services publics. Afin d'assurer une véritable complémentarité, le groupe de travail préconise une *formule contractuelle* qui préciserait les services souhaités et établirait les modalités d'évaluation : «Il est recommandé que les groupes communautaires soient reconnus comme des partenaires du système et que des modes de financement appropriés, par subvention directe, par contrats de services ou par projets pilotes, soient établis. Leurs

actions doivent spécialement s'adresser aux groupes qu'ils représentent le mieux» (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 139).

Ce rôle de complémentarité des organismes communautaires est de plus pensé comme un rôle permettant de créer des liens entre les services publics et les individus ou les populations qui présentent des facteurs de risque importants et, plus précisément, comme un rôle de «transmetteur» du message de prévention dans les milieux de vie les plus difficiles à pénétrer : «Actuellement, les organismes communautaires font office, pour la prévention du SIDA, de pont indispensable⁸¹ entre les organismes publics et les personnes ou les communautés porteuses de facteurs de risque et des comportements qui y sont associés» (Comité de prévention du sida, 1988, p. 20). Au plan de la prévention, leur rôle sera d'informer et de faire de l'éducation sanitaire auprès des groupes à risque difficilement rejoignables par le réseau public, réaliser des activités de soutien et d'accompagnement et faire la défense des droits des personnes provenant de certains groupes à risque, principalement défendre ceux qui pourraient être victimes de discrimination du fait qu'ils appartiennent à un groupe identifié comme à risque ou qu'ils soient séropositifs (Groupe de travail sur le sida, 1988, p. 138-139).

De plus, une formule de gestion organisationnelle de la prévention axée sur la formulation d'objectifs de résultats (long terme) et d'impact (court terme) sera préconisée, notamment dans les organismes communautaires. Les programmes doivent établir des objectifs spécifiques, réalistes, à durée déterminée et mesurables quantitativement (Comité de prévention du sida, 1988, p. 55).

En quelques mots, dès les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, on préconisera une implication des organismes communautaires censés

⁸¹ Les caractères soulignés sont du document original.

représenter les différents groupes à risque (principalement les plus précarisés et les plus marginalisés comme les homosexuels et les UDI) selon une logique de *concertation*⁸² où ceux-ci sont reconnus comme des acteurs indispensables dans la prévention avec lesquels ceux de la santé publique (principalement les DSC et les CLSC) doivent se concerter pour développer et mettre en oeuvre les programmes de prévention du VIH dans les différentes localités où sont concentrées les populations à risque élevés.

Dans ces conditions, les organismes communautaires sont invités à devenir des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et à travailler en complémentarité avec celui-ci à l'atteinte des grands objectifs de lutte contre le VIH élaboré dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. De plus, on considère que la concertation doit s'actualiser dans le cadre d'ententes formelles (contrats de service, mandat, etc.) entre les organismes communautaires et les instances du réseau public de manière à ce que les programmes soient efficaces du point de vue de l'atteinte de résultats concrets, c'est-à-dire qu'ils soient orientés à court terme vers le changement de comportements pour obtenir à moyen terme un impact sur l'évolution des taux d'infection et le contrôle de l'épidémie. Ainsi, la contractualisation des liens avec les organismes communautaires de prévention du VIH vise principalement à canaliser les activités de prévention vers les objectifs de lutte contre le VIH définis par la santé publique, soit à faire de la prévention des risques individuels le principal «cheval de bataille» de la lutte contre le danger d'épidémie. Ces organismes sont non seulement invités à s'inscrire dans les logiques d'éducation sanitaire historiquement constituées dans le secteur de la santé publique comme un des principaux modes

⁸² À noter également que dès sa création en 1989, le CQCS, organe du MSSS, fait de la concertation une condition préalable au déploiement et au succès des projets de prévention. Celle-ci est définie comme un moyen de *rassembler* le plus grand nombre possible d'intervenants-es susceptibles de contribuer aux projets de prévention (CQCS, 1990, p. 2).

d'intervention, mais la pertinence de leurs actions doit être évaluée aux plans de leur capacité à s'inscrire dans les orientations de la stratégie et de leur efficacité à atteindre ses objectifs, particulièrement la réduction des comportements à risque.

La phase 3 s'inscrit en continuité avec ces premières orientations en préconisant le renforcement de la concertation avec les organismes communautaires. Toutefois, *l'approche terrain* est promue dans un objectif de mieux rejoindre les dites populations particulières (groupes à risque) et de susciter leur *implication* dans les activités de prévention. Il faut consolider l'ancrage des organismes communautaires dans le milieu en favorisant le travail de rue et la contribution des pairs à la prévention. Ceci s'appuie sur l'idée que les populations particulières sont réceptives au message de prévention lorsqu'elles se reconnaissent en eux, se sentent interpellés par leur contenu et qu'elles s'identifient à leur interlocuteur, mais surtout lorsqu'elles peuvent participer au développement et à la mise en oeuvre des programmes et des activités de prévention.

Dans la conclusion du rapport de consultation inhérent à l'élaboration de la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et dans une perspective de faire ressortir la «pensée globale» qui sous-tend l'ensemble des recommandations, le groupe de travail formule sa première recommandation synthèse comme ceci :

Faire en sorte que, dans la mesure de leurs moyens et de leurs capacités et avec le support des instances appropriées du réseau socio-sanitaire, les clientèles visées prennent en charge elles-mêmes (ou du moins y soient impliquées) les stratégies, programmes, projets d'intervention en matière d'information et d'éducation, à l'exception des campagnes d'information nationales; la formule pourrait se résumer par l'approche d'intervention d'une population cible par des pairs dûment formés et supportés, ceux-ci étant en général les plus aptes à bien comprendre la culture propre du milieu concerné (CQCS, 1991a, p. 66).

Ainsi, ce qui est visé par la consolidation de l'ancrage des organismes communautaires dans le milieu, c'est la prise en charge de la prévention par les «clientèles» elles-mêmes⁸³, du moins leur participation accrue au développement d'activités de prévention mieux adaptées. Le MSSS envisage dans cette perspective d'accroître le soutien aux organismes communautaires pour mieux rejoindre les populations particulières (jeunes, homosexuels, usagers-ères de drogues, etc.), répondre à la diversité des clientèles et aux besoins liés à la prolongation de la durée de vie des individus infectés. Ce soutien passe par l'augmentation du financement pour consolider les organismes déjà subventionnés et par l'augmentation de leur nombre, en région comme en milieu urbain. De plus, et c'est un élément important, «le Ministère invitera également les organismes communautaires oeuvrant dans le domaine du VIH et du sida à s'engager de plus en plus dans les secteurs prioritaires de la prévention» (CQCS, 1992, p. 24), de manière à ce que les actions correspondent davantage aux grandes orientations prises et soient le plus efficaces possibles.

Chez les usagers-ères de drogues, en plus du développement de services de première ligne dans les CLSC et les cliniques, la priorité est accordée à la consolidation d'organismes communautaires de prévention (CACTUS-Montréal, Pic-Atouts, Point de Repères) pouvant rejoindre les individus les plus à risque dans leur milieu de vie et créer un pont entre eux et les services de première ligne ou les ressources spécialisées en toxicomanie. Si cette population est plus difficile à impliquer que les autres populations à risque (les jeunes et les homosexuels par exemple), compte tenu du caractère illicite

⁸³ Soulignons ici que compte tenu du caractère illicite de leurs activités, ce sont principalement des ex-usagers-ères de drogues qui ont été impliqués dans la prévention, bien qu'à l'origine certaines expériences avec des usagers-ères de drogues ont été réalisées, du moins dans les PES de Montréal-centre. Néanmoins, plusieurs intervenants-es sont issus du milieu illicite, de telle sorte qu'elles sont connues et reconnues par les membres de ce milieu et ont pu au fil du temps participer à l'intégration d'intervenants-es provenant de l'extérieur.

de leurs activités et du fait qu'ils sont souvent plus «désorganisés» que les autres, le recrutement d'ex-toxicomanes, de toxicomanes «fonctionnels» ou de gérants-es de piqueries connaissant bien les réseaux criminalisés (piqueries, rue, etc.) est promu.

Bref, si les orientations de la phase 3 en matière de concertation s'inscrivent en continuité avec les orientations prises dans les phases précédentes, elles visent, par la concertation avec les organismes communautaires, une plus grande pénétration du milieu de vie des groupes à risque et à susciter leur implication dans la prévention, dans un objectif d'augmenter le niveau d'efficacité des programmes de prévention. De plus, la contribution des pairs et l'organisation de la prévention par les «marginaux» eux-mêmes, selon une formule de tutorat où le tuteur agirait comme responsable auprès des organismes subventionnaires, sont présentées comme des formules ayant potentiellement pour effet d'assurer un transfert des connaissances des milieux de vie vers la prévention. Si l'augmentation de l'efficacité des actions de prévention est l'objectif ultime visé par ces procédures, c'est à travers l'auto-prise en charge de la prévention par les «clientèles» elles-mêmes que l'on pense pouvoir l'atteindre.

Justification : accepter qu'il faut des intervenants marginaux pour avoir du succès auprès d'autres marginaux et que ces intervenants ne satisfassent pas aux normes régulières d'évaluation pour obtenir des subventions; ces organismes ou projets devraient se trouver des cautions ou tuteurs "rationnels" qui se portent garants de la valeur des interventions auprès des instances sources de subventions. De toute façon, il faut que la prévention primaire se fasse et ce, par les moyens les plus appropriés et efficaces» (CQCS, 1991a, p. 19).

En dépit du fait que ce type d'implication soit difficilement réalisable dans les populations les plus fragilisées ou les plus «désorganisées» comme c'est le cas d'un certain nombre d'usagers-ères de drogues les plus à risque, la phase 3 ouvre la voie à

l'idée que, dans une perspective de promotion de la santé, il faut créer les conditions et soutenir les populations dans la prise en charge de leur santé. Cette idée sera reprise et tendra à se renforcer dans les phases suivantes sur la base d'une volonté de développer des partenariats plus structurés, notamment entre les organismes communautaires et les instances du système public de santé et des services sociaux.

En effet, si les termes de *concertation* ou *d'agir de concert* reviennent régulièrement dans les discours des phases 4 et 5, on assiste à un changement de perspective au plan du contexte d'énonciation. Dans les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, la concertation est promue comme moyen de se faire rencontrer les acteurs concernés par la prévention du VIH pour qu'ils *arriment* leurs actions et leurs interventions (Comité de prévention du sida, 1988, p. 63) et il en est ainsi dans la phase 3. Dans les phases 4 et 5, la concertation est envisagée sous l'angle du développement d'un *véritable partenariat*, c'est-à-dire d'un partenariat concrétisable dans la pratique par la réalisation d'*ententes formelles et structurées*, en particulier avec les organismes communautaires qui font de la prévention auprès des groupes à haut risque d'infection (homosexuel, usager-ère de drogues, etc.).

Ce changement de perspective discursive se réalise dans un contexte de réforme du système de santé du Québec au début des années 1990, et plus particulièrement en lien avec les nouveaux mandats régionaux accordés aux RRSSS (élaboration de PROS, développement de partenariats avec les acteurs locaux, etc.) et la reconnaissance formelle dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991 des organismes communautaires comme organismes «autonomes». Il prend forme dans la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida en relation avec l'idée qu'une des principales limites des efforts réalisés dans les phases antérieures tient au manque de cohérence et d'harmonisation des programmes et des interventions de prévention. Le

renforcement des collaborations avec les différents acteurs concernés par la lutte contre le VIH et le développement de collaborations favorisant la continuité entre les programmes et les interventions de même que leur harmonisation avec les acteurs provenant des autres secteurs (intersectorialité) sont jugés nécessaires pour atteindre les objectifs de prévention fixés dans la stratégie, soit, comme nous l'avons vu précédemment, l'action sur les facteurs (situations de vie, problèmes sociaux primaires, problèmes de santé, etc.) inhérents aux comportements à risque⁸⁴. Ainsi, le

⁸⁴ Nous n'abordons pas dans cette thèse la question du développement de l'intersectorialité comme forme de partenariat visant à mobiliser les acteurs des autres secteurs dans la prévention du VIH. Ce type d'action existe peu dans la réalité de la prévention du VIH et il est un concept qui, s'il est de plus en plus utilisé dans les écrits officiels, l'est beaucoup moins par les acteurs de la prévention, et est un concept et un projet en construction (Roy *et al.*, 2005). Retenons seulement que les dernières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida s'y réfèrent dans une perspective de développement d'actions futures sur les différents déterminants de la santé ou facteurs de risque (pauvreté, itinérance, etc.) qui ne relèvent pas du mandat de la santé publique, mais qui sont considérés avoir un impact sur la santé des populations.

L'idée d'intersectorialité (partenariat horizontal entre secteurs) a émergé dans le secteur de la santé dans la deuxième moitié des années 1980, dans le cadre de la Commission Rochon (1985-1988), où un des buts était, en cette période importante de récession économique et de crise financière de l'État, la réinterrogation des cadres de financement du système de santé et l'élaboration d'alternatives en matière d'actions sanitaires. C'est l'époque (réforme du début des années 1990) où l'on juge que les organismes communautaires sont des acteurs (peu coûteux) incontournables dans l'amélioration de la santé des populations et que l'intersectorialité peut constituer une avenue pour agir de manière globale sur les dits déterminants sociaux de la santé, par la mobilisation des acteurs des différents secteurs vers une finalité de «production» de la santé. Le recours à l'idée d'intersectorialité pour agir globalement émerge toutefois au même moment où dans l'entreprise, les institutions internationales et étatiques prend forme l'idée de développer des mécanismes de gouvernance pragmatique pour gérer la «complexité» des sociétés contemporaines. Plus précisément, il s'agit de développer des dispositifs et des procédures de gestion et d'encadrement des particularismes (intérêts particuliers) dans une société de plus en plus perçue comme «éclatée» (ou dans une économie globalisée) pour les mobiliser vers des objectifs spécifiques (harmonisation, efficacité, efficience, etc.). Sur l'itinéraire du concept et les enjeux de la gouvernance et, en particulier, sur les effets de dépolitisation qu'ils engendrent au profit d'une conception pragmatique de gestion du social, on pourra notamment consulter Kazancigil (2002), Duchastel (2004), Bourque *et al.* (1999), Gaudin (2004, 2002, 1999), Hermet *et al.* (2005), Saint-Martin (2005) et Rouillard *et al.* (2004).

développement d'une approche stratégique de concertation est à privilégier et, en ce sens, un des grands défis de la phase 4 est le développement d'un véritable partenariat entre les organismes communautaires de prévention du VIH et les instances de santé publique, dans un objectif de rendre le plus efficace possible les efforts de prévention réalisés jusqu'à ce moment.

Dans un contexte social en mutation et dans un réseau soumis à une rationalisation des ressources et à des transformations successives, il devient de plus en plus difficile de fonctionner adéquatement en vase clos [...] C'est par l'intermédiaire d'actions en partenariat qu'il sera possible d'obtenir plus de convergence et de maximiser les effets des services dispensés, ce qui implique de revoir les façons de faire (CQCS, 1997, p. 19).

Si les organismes communautaires sont toujours perçus comme devant jouer un rôle complémentaire par rapport aux services de santé, la notion de complémentarité prend un sens bien différent qu'auparavant. En effet, ce rôle n'est plus uniquement pensé en relation avec l'idée qu'ils possèdent une expertise spécifique et qu'ils sont les seuls aptes à pouvoir rejoindre les individus des groupes à risque et à dispenser des services de prévention adaptés (lien de confiance, partage des mêmes valeurs, etc.), mais aussi en lien avec le fait qu'ils constituent dorénavant une partie intégrante du système de prévention, c'est-à-dire un acteur qui, tout en étant autonome au plan formel ou juridique, doit répondre à un mandat de santé publique, contribuer au développement de la prévention en mettant à profit une partie de l'expertise développée, etc. Le renforcement de liens dits proactifs et opérationnels constitue un des éléments à partir duquel il serait possible de maximiser l'efficacité des efforts consentis à la lutte contre le VIH, dont en prévention (allocation ciblée des ressources, évitement des

dédouplements, continuité des programmes et des actions, arrimage vis-à-vis les objectifs poursuivis, etc.).

Les organismes communautaires exercent un rôle et détiennent une expertise qui diffèrent de ceux des établissements du réseau. En ce sens, et plus particulièrement dans le cadre du virage ambulatoire, il est essentiel que les organismes soient réellement considérés comme des partenaires à part entière et que leur statut soit reconnu à juste titre. Le partenariat ne doit plus être ponctuel mais continu.

Le cycle de financement des organismes communautaires doit être ajusté pour leur permettre une meilleure continuité dans leurs actions.

Ainsi, le défi majeur que les différents acteurs auront à relever dans les années à venir sera de développer et de renforcer des liens proactifs et opérationnels entre eux afin de développer des actions efficaces, articulées et concertées dans le domaine du sida.

Le réseau communautaire doit être soutenu afin qu'il puisse documenter ses actions les plus efficaces. On doit aussi reconnaître que ce réseau peut proposer, ou vouloir appliquer d'autres modes d'évaluation que ceux utilisés ou valorisés dans le milieu institutionnel (CQCS, 1996, p. 83-84).

Le développement d'actions efficaces, articulées et concertées constitue la finalité à laquelle sont invités à participer les organismes communautaires. La consolidation des liens entre les acteurs dans la nouvelle structure administrative issue de la régionalisation du système de santé et des services sociaux, l'adhésion à un projet commun de même que l'objectif de desservir une clientèle spécifique et bien ciblée (CQCS, 1997, p. 29) constitue, dans un contexte de virage ambulatoire, les principes de base sur lesquels la Stratégie québécoise de lutte contre le sida tente de construire des dynamiques sociales locales plus structurées et à inciter les acteurs locaux à une mobilisation plus efficace dans la lutte contre le VIH.

La phase 5 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida poursuit dans la même perspective. Elle vise la *consolidation* des partenariats afin que les grandes orientations prises dans la stratégie puisse s'actualiser dans la pratique, en favorisant l'adhésion des acteurs locaux à son contenu, par la mise en oeuvre de mécanismes ou de procédures suscitant l'appropriation et l'ajustement de ce contenu aux réalités régionales et locales.

Dans cette perspective, il est proposé de redoubler d'effort pour mobiliser les acteurs locaux dans la mise en oeuvre des stratégies de prévention permettant de mieux atteindre les objectifs de la stratégie québécoise, notamment en soutenant la mobilisation des organismes communautaires dans le développement de l'«empowerment» des «communautés».

Parler de responsabilités assumées et de plein accomplissement des rôles respectifs est incontournable pour bien définir l'action. Mais, il ne s'agit pas que de cela. Pour que les actions soient mises en œuvre, il faut des personnes qui s'engagent à les mener. C'est pourquoi il importe d'y faire appel. [...] Pour encourager le réseau à adhérer aux orientations, il convient de prévoir des dispositions qui permettent aux acteurs de s'approprier le contenu de la stratégie et de voir ce que cela représente à leur échelle. Après, il faut assurer des mesures de soutien à la mise en œuvre, et ce, pour les différents paliers du réseau. [...] Par ailleurs, il faut favoriser des approches de collaboration et de partenariat afin d'utiliser au mieux les ressources et les expertises (MSSS, 2004, p. 48).

Il ne s'agit donc plus dans cette phase de la stratégie de seulement renforcer les liens (formels de partenariat) entre les acteurs des différents paliers qui travaillent en prévention du VIH, mais de s'assurer que le contenu des plans, des programmes et des interventions soient le plus possible conforme aux objectifs de la stratégie et que les dites ressources rares et les expertises soient utilisées de façon optimale, dans un objectif

bien sûr de répondre le mieux possible aux nombreux besoins des populations ciblées. La consultation réalisée pour l'élaboration de la phase 5 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida a fait ressortir le fait que, pour répondre aux besoins des dites «nouvelles clientèles multiproblématiques», il fallait développer des formes plus structurées de collaboration entre les DSP et les organismes communautaires. Plus précisément, on vise l'harmonisation des philosophies et des stratégies d'intervention par un rééquilibrage des responsabilités. Ce rééquilibrage est envisagé sous l'angle d'un réaménagement des pouvoirs où les agences du secteur public doivent céder une partie de leur pouvoir et les organismes communautaires réduire leur marge d'autonomie.

La capacité de fournir une réponse adaptée aux besoins des «nouvelles clientèles» dites multiproblématiques et plus marginales semble donc liée au développement de nouvelles formes de collaborations entre les réseaux public (dans ce cas-ci, principalement les directions de santé publique) et communautaire. Les enjeux sous-jacents sont de deux types : 1) l'harmonisation de philosophies et de stratégies d'intervention qui se sont par ailleurs développées en opposition l'une à l'autre (l'approche communautaire en opposition à l'approche médicale) et qui s'appuient sur des paradigmes différents (Mayer *et al.*, 1998); 2) la négociation d'une nouvelle forme de relation plus égalitaire et le départage des responsabilités, dans laquelle le secteur public accepte de céder une partie de ses pouvoirs et le secteur communautaire de réduire sa marge d'autonomie. Les résultats d'autres travaux suggèrent que la négociation de ces nouveaux rapports entre des «champs» disposant de pouvoirs inégaux (dans ce cas-ci le médical et le communautaire) ne peut reposer strictement sur le volontariat ou la bonne volonté des individus mais doit être orientée et soutenue par une stratégie, des incitatifs, et des outils de gestion (INSPQ, 2002, p. 31-32).

Soulignons ici le fait que, malgré l'apparente critique adressée à la conception médicale de la prévention qui prédomine dans le secteur de la santé publique, le

rééquilibrage proposé des pouvoirs ne s'inscrit pas dans une réinterrogation des approches, des contenus et des orientations en matière de lutte contre le VIH. Ceux-ci demeurent toujours conformes au diagnostic posé dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, soit une plus grande adaptation de la réponse aux besoins des dites «nouvelles clientèles multiproblématiques», dont nous avons montré précédemment qu'ils consistent pour l'essentiel à répondre aux multiples besoins sociaux et de santé primaires par diverses formes de soutien (écoute, relation d'aide, soutien psychologique, accès à des services de santé adaptés, etc.). C'est plutôt dans un objectif d'instrumentalisation (gouvernance pragmatique) plus poussée des rapports sociaux existants entre les acteurs du secteur public et les organismes communautaires pour obtenir une plus grande harmonisation des philosophies et des pratiques d'intervention que la stratégie entend mettre en oeuvre des incitatifs et des outils de gestion axés sur la négociation des différends. Le volontariat est perçu comme un obstacle à l'efficacité des efforts consentis, en particulier au plan des possibilités d'atteindre dans la pratique les objectifs de complémentarité des interventions fixés dès les premières phases de la stratégie.

Dans cette perspective, la phase 5 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida vise à renforcer les liens de partenariat existants entre le secteur public et les organismes communautaires, voire à mettre en place les mécanismes de régulation nécessaire à l'actualisation de partenariats plus structurés dans la pratique. Elle se présente explicitement comme un outil de mobilisation pour le réseau de la santé et des services sociaux, pour les organismes communautaires et pour la population afin que l'action soit mieux coordonnée en fonction des besoins de la population (MSSS, 2004, p. 5). Ainsi, au plan de la division des rôles et des responsabilités, elle insiste sur le fait qu'il revient au MSSS de définir les grandes orientations en matière de lutte contre le VIH, de

favoriser la mise en oeuvre de ces orientations, de soutenir les régions dans la traduction opérationnelle de ces orientations, de s'assurer à ce que les stratégies, approches et interventions soient évalués et de voir à la reddition des comptes.

Au plan national, le Ministère voit à l'élaboration des orientations en matière de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS, sur la base de la lecture d'ensemble des problèmes, tout en considérant que les réalités régionales sont parfois différentes. Afin de faciliter la mise en œuvre des orientations, le Ministère informe et sensibilise les acteurs et les partenaires nationaux et régionaux en cause sur la portée du PNSP et de la présente stratégie; notamment, il participe aux tables de concertation et consulte les membres. Il travaille aussi sur les conditions nécessaires dans l'environnement national à la mise en œuvre de ces orientations : il peut s'agir de mobiliser les acteurs et les partenaires autour d'un même projet, de défendre ou de promouvoir un dossier auprès d'un autre ministère ou d'une autre direction, d'organiser des campagnes nationales de prévention, de mettre à jour des protocoles d'intervention et de voir au développement des compétences. De plus, il soutient les régions dans la traduction opérationnelle de ces orientations, comme la création d'outils. Enfin, il s'assure que les stratégies, les approches et les interventions soient évaluées et voit à la reddition de comptes (MSSS, 2004, p. 46).

Le rôle important joué par le MSSS n'est pas nouveau dans l'histoire de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et, comme nous l'avons montré au chapitre 1, dans l'histoire de la santé publique québécoise. Ce qui est nouveau, c'est que son rôle est maintenant inscrit dans le discours même de la stratégie et qu'il n'est plus conçu uniquement comme un rôle de soutien (à la concertation) et de coordination comme c'était le cas au moment de la création du CQCS en 1989, mais comme un rôle de mobilisateur des acteurs régionaux et locaux dans la mise en oeuvre des orientations nationales (provinciales) de même que de surveillance de l'atteinte des résultats, à

travers divers mécanismes de développement de l'expertise, d'allocation des ressources, de reddition des comptes, etc.

Dans ces conditions, si la Stratégie québécoise de lutte contre le sida reconnaît le droit (formel) à l'autonomie des organismes communautaires, ceux-ci doivent non seulement rendre compte de l'utilisation faite des ressources financières (ce qui va de soi) aux instances gouvernementales subventionnaires (CQCS/MSSS, DSP et RRSSS), mais ils doivent le faire selon une logique de reddition des comptes, c'est-à-dire de conformité aux contenus, orientations et objectifs de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Ainsi, l'autonomie des organismes communautaires est bien encadrée par une logique de gestion (par projet, par contrat, par subvention, etc.) reposant non seulement sur des critères d'utilisation des ressources financières, mais également sur le type d'objectifs visés et de résultats obtenus. La conformité des activités réalisées aux objectifs de la stratégie par des mécanismes de monitoring de même que la surveillance de l'impact obtenu sur un moyen terme par le Réseau de surveillance épidémiologique des usagers-ères de drogues par injection (Réseau SurvUDI) sont parmi les procédures permettant un encadrement de l'espace d'action des organismes communautaires.

Dans cette perspective, si les organismes communautaires sont reconnus comme des organismes autonomes censés pouvoir se donner une structure de fonctionnement démocratique et organiser leurs activités en fonction des aspirations de leurs membres, les actions qu'ils peuvent mener de même que les services qu'ils peuvent offrir sont fortement encadrés par les exigences de la stratégie et les procédures de reddition des comptes. Nous présenterons au prochain chapitre les critères qui gouvernent l'établissement des partenariats entre la DSP de Montréal-centre et les principaux organismes communautaires de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues. Retenons seulement ici que la finalité à laquelle sont invités à participer les organismes

communautaires dans la lutte contre le VIH est la prévention des risques individuels, dans la perspective que nous avons décrite jusqu'à maintenant. Par conséquent, le partenariat structuré n'a pas qu'une fonction organisationnelle et ne vise plus seulement à soutenir le développement de synergies entre différents acteurs autonomes de prévention comme on l'envisageait à l'origine par l'idée de concertations plus ou moins formelles, mais il a en outre une fonction d'instrumentalisation des organismes communautaires et de régulation des pratiques d'intervention vers des orientations et des objectifs définis et déterminés par les agences étatiques de santé publique. La volonté d'atteindre une plus grande efficacité des efforts consentis à la prévention pour réduire les comportements à risque et d'exercer un contrôle de l'épidémie sans avoir à réinterroger les conditions qui favorisent la vulnérabilité au risque d'infection pour les populations les plus précarisées se présente comme un principe-guide qui encadre l'élaboration des procédures d'allocation des ressources.

L'analyse de l'évolution des mécanismes mis en place au fil du temps tend à montrer que l'idée de participation ou de collaboration avec le privé se développe, dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, selon des principes similaires à ceux de la Nouvelle gestion publique («New public management»), soit l'établissement d'une distinction nette entre le niveau décisionnel (détermination des objectifs, planification, programmation, etc.) et d'exécution (prestation des services publics, intervention, etc.), la décentralisation de l'administration et la mise en place d'agences fonctionnelles autonomes visant une plus grande flexibilité, la mise en place de procédures contractuelles ou quasi-contractuelles (mécanismes de reddition de comptes, contrat de prestations, attribution des ressources par projet, partenariats public/privé, etc.) à l'intérieur desquelles sont définies les grandes orientations et les ressources allouées, l'établissement de mécanismes de concurrence dans l'attribution des ressources

(procédures de soumission des projets et des contrats, allocation selon des critères d'efficience, de performance et d'atteintes des objectifs, etc.), l'évaluation *a posteriori* des résultats, etc. (Merrien, 1999). Le fait que le MSSS se réserve le rôle de fixer les grandes orientations et les grands objectifs, le transfert de l'exécution des services de l'État à des organismes privés (organismes communautaires), la quasi-contractualisation des liens public-privé de même que le contrôle *a posteriori* des résultats (reddition de compte, surveillance, etc.) sont parmi les principaux aspects sur lesquels elle repose.

D'une part, dès les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, le MSSS entend confier aux acteurs communautaires l'exécution des programmes de prévention planifiés à l'intérieur même de la stratégie, selon une division des rôles où celui-ci se réserve le pouvoir de fixer les contenus, les grandes orientations et les objectifs de même qu'à mettre en oeuvre des mécanismes de gouvernance axés sur le contrôle des résultats. Dans un contexte de rareté des ressources lié à la crise financière de l'État, les organismes communautaires sont un outil peu coûteux, offrant une plus grande flexibilité que les instances publiques (comme les CLSC par exemple) pour rejoindre les populations les plus à risque. Ils présenteraient un potentiel de crédibilité plus élevé (symbolique d'identification) pour établir des liens de confiance avec ces populations et un mode de fonctionnement mieux adapté pour répondre à leurs multiples besoins sociaux primaires. De plus, ils peuvent jouer un rôle de transmetteur des messages de prévention dans les milieux de vie les plus difficiles à pénétrer, de manière à établir les ponts indispensables pour que les efforts de prévention soient les plus efficaces possible.

Bref, en plus du fait qu'ils représentent un outil peu coûteux, les organismes communautaires présenteraient plus de flexibilité que les ressources traditionnelles de proximité (DSC, CLSC, hôpitaux, etc.) développées au Québec depuis les années 1960-

1970 et pourraient, semble-t-il, produire des services plus adaptés aux besoins des publics-cibles visés. Inutile d'insister ici sur le fait que la réduction des coûts de même que la recherche d'une plus grande flexibilité dans la prestation des services étatiques a constitué depuis les trente dernières années des voies par lesquelles la classe politique a tenté de faire face à ce que plusieurs appellent la crise (financière) de l'État-providence. La Stratégie québécoise de lutte contre le sida du MSSS ne fait pas exception.

D'autre part, les résultats présentés ci-dessus montrent que la Stratégie québécoise de lutte contre le sida tend, au fil du temps, à mettre en place des mécanismes pour instrumentaliser les rapports sociaux existants entre les différents acteurs impliqués dans la prévention du VIH, selon les principes à la base de la Nouvelle gestion publique. Si la division des rôles entre les instances de planification (MSSS, RRSSS et DSP) et les instances d'exécution des programmes de prévention (principalement les organismes communautaires) s'établit toujours selon les mêmes principes de quasi-contractualisation (contrats de services spécifiques, financement par projets, gestion par résultat, évaluation, etc.) qu'à l'origine, on assiste dans les dernières phases à un renforcement des mécanismes de gouvernance pragmatique des acteurs régionaux et locaux impliqués dans la prévention des risques individuels visant à obtenir une plus grande efficacité au plan de l'actualisation des contenus, des orientations et des objectifs de la stratégie dans la pratique.

En effet, dans les premières phases de la stratégie, on vise essentiellement à mettre en place des procédures de *concertation* visant à créer une synergie entre les différents acteurs (autonomes) concernés par la lutte contre le VIH, de manière à ce qu'ils *arriment* leurs actions et leurs interventions. La phase 3 marque un tournant en invitant les organismes communautaires à s'engager plus à fond dans les secteurs prioritaires de

la prévention et en cherchant à impliquer les individus des groupes à risque dans le développement des programmes et des activités de prévention. On vise l'amélioration de l'efficacité des programmes par la consolidation de l'ancrage des organismes dans les milieux et l'auto-prise en charge des activités de prévention par les populations à risque elles-mêmes, en renforçant le maillage là où il a été difficile à établir, c'est-à-dire avec les individus des groupes les plus à risque.

Les dernières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida se caractérisent toutefois par un renforcement des mécanismes de gouvernance, par le développement de partenariats structurés par des ententes formelles. On vise une plus grande cohérence et harmonisation des programmes et des activités de prévention, mais surtout à faire en sorte que les contenus, les orientations et les objectifs de la stratégie s'actualisent concrètement dans la pratique. Les organismes communautaires sont dorénavant interpellés comme une partie intégrante du système de prévention. Ainsi, tout en reconnaissant leur autonomie formelle et légale, on tente de mettre en place des mécanismes de reddition des comptes visant une plus grande instrumentalisation des rapports sociaux entre les acteurs locaux et l'obtention d'une plus grande harmonisation de leurs pratiques. Le volontariat est perçu comme un obstacle à l'actualisation des contenus, des orientations et des objectifs de la stratégie dans la pratique. Le rôle central du MSSS n'est plus seulement considéré comme un rôle de coordination, mais il est redéfini comme un rôle de mobilisateur des acteurs locaux et de surveillance de la conformité des activités de prévention réalisées aux orientations et objectifs de la stratégie.

Autrement dit, on cherche à mettre en place des mécanismes pouvant réguler les pratiques des différents acteurs vers une plus grande *efficacité* des programmes dans l'atteinte des objectifs de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, principalement

en fonction de leur capacité de développer des actions communes pour répondre, comme nous l'avons énoncé précédemment, aux multiples problèmes sociaux et sanitaires primaires des publics-cibles.

Analysant l'expérience québécoise en matière de participation à la planification en santé publique depuis la réforme du système de santé et des services sociaux du début des années 1990⁸⁵, Bilodeau *et al.* (2004) montrent que les acteurs de la société civile (les organismes communautaires en particulier) ont surtout été interpellés pour la mise en oeuvre des programmes de santé publique. En effet, ces derniers ont peu ou pas été associés à l'élaboration des grandes orientations nationales de santé publique et, lorsqu'ils ont été associés, c'est au plan régional, dans une perspective consultative visant l'adaptation des grandes orientations nationales aux spécificités régionales. Par conséquent, selon ces auteurs-es, l'expérience québécoise en matière de participation à la planification a surtout porté sur la mise en oeuvre d'orientations décidées par les «experts» de santé publique, c'est-à-dire pas tant sur le «quoi faire», mais sur le «comment le faire» dans les contextes particuliers de mise en oeuvre. De plus, lorsque des dispositifs de consultation permettant l'interaction directe ont été mis en place et ont permis aux acteurs d'exercer un rôle d'influence sur les décisions, c'est principalement pour assurer un suivi de l'implantation (Bilodeau *et al.*, 2004, p. 61), selon une logique de conformité des ressources aux grandes orientations de santé publique.

⁸⁵ Les auteurs-es font référence ici à l'expérience de planification issue de *La politique de la santé et du bien-être* de 1992, des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* de 1997 et du *Programme national de santé publique 2003-2012* de 2003. Notons que la dernière phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida fait partie intégrante du *Programme national de santé publique 2003-2012* et que les phases 3 et 4 se sont fortement inspirées de *La politique de la santé et du bien-être* de 1992.

Les résultats présentés ici de même que les constats généraux réalisés par ces auteurs-es provenant eux-mêmes du champ de la santé publique montrent que l'État ou, plus précisément, la médecine d'État que représente la santé publique québécoise n'est pas un partenaire au même titre que les autres dans le développement des contenus, des orientations, des objectifs de santé publique de même que dans la mise en place de dispositifs de partenariats visant la réalisation des actions prévues dans les contextes régionaux et locaux présentant un certain nombre de particularités. Comme le souligne Damon (2002) dans son texte intitulé *La dictature du partenariat, Vers de nouveaux modes de management public*, le recours aux pratiques de coopération issues de «l'idéologie partenariale» n'a pas que des impacts positifs, mais également des failles notables, en particulier au plan politique. Parmi celles-ci, signalons la tendance à sous-estimer le conflit et l'inégalité des acteurs, particulièrement le fait que l'État n'est pas un partenaire comme un autre, équivalent aux acteurs de la société civile qui sont souvent dépourvus des ressources et des pouvoirs nécessaires pour influencer tangiblement les grandes orientations prises par l'État, du moins dans le domaine social.

Dans la dictature du partenariat, comme dans celle du prolétariat, il y a de la force, du conflit et de l'idéologie. La dictature du prolétariat ambitionnait de revenir sur la monopolisation du pouvoir par quelques-uns et de transformer radicalement la machine de l'État. Les prolétaires devaient s'emparer de l'appareil matériel du pouvoir et inventer une nouvelle répartition des ressources et des responsabilités. Aujourd'hui, en forçant le trait, ce ne seraient plus les prolétaires mais les partenaires qui seraient appelés à jouer ce rôle libérateur, à la condition expresse, tout de même, de se conformer à des règles et des rites qui relèvent encore profondément de la logique étatique.

Car dans le jeu du partenariat, l'État est un partenaire particulier, qui impose, finance, arbitre et contrôle. Il dessine des orientations et peut laisser aux autres protagonistes (partenaires plus ou moins légitimes, plus ou moins représentatifs) de l'action publique la responsabilité de

les mettre en oeuvre et d'en assumer les conséquences (Damon, 2002, p. 28-29).

Si le partenariat peut avoir des impacts positifs, il est possible de considérer qu'il se réalise surtout dans une optique de faire face à la crise de l'État libéral providentiel ou, plus précisément, en relation avec la transformation du rôle de l'État à l'époque contemporaine où les acteurs de la société civile, aussi dépourvu soient-ils en ressources, sont considérés devoir partager les responsabilités avec l'ensemble de la société. L'État ne vise plus seulement à agir selon une logique universelle de reconnaissance des droits sociaux et des responsabilités individuelles, mais à mobiliser (verticalement) les acteurs locaux afin qu'ils coopèrent (horizontalement) dans la prise en charge des problèmes sociaux et sanitaires auxquels leur «communauté locale» est confrontée. Ce n'est pas tant à un désengagement de l'État que l'on assiste, mais plutôt à une transformation de son rôle (de protecteur à mobilisateur) et des modes de régulation qui en découlent. L'État cherche à mobiliser les forces qui lui faisaient défaut jusqu'alors pour mettre en oeuvre ses programmes et atteindre les objectifs de gestion qu'ils se fixent, en canalisant les forces vives du niveau local vers des objectifs de gestion sociale et sanitaire déterminés de l'extérieur : «L'État central *arrange* les politiques avec ses partenaires; l'État déconcentré *ajuste* les programmes aux particularités locales» (Damon, 2002, p. 38-39). Ainsi, l'État remplit toujours un rôle important, mais un rôle transformé : un rôle de plus en plus «autoritaire», en ce sens qu'il tend à investir les espaces de liberté sur lesquels ils avaient peu de contrôle sous l'État libéral providentiel où l'on visait, par les mesures de protection ou de soutien au développement social, à produire «de quoi être libre», pour reprendre ici une expression foucaldienne.

Il est important d'insister ici sur cette dimension puisque une grande proportion des écrits sur l'État contemporain tendent à concevoir les transformations qui ont cours sous l'angle d'un retrait de l'État, au profit d'un transfert vers les individus ou les acteurs locaux de la responsabilité de se prendre en charge par eux-mêmes (déresponsabilisation de l'État et de la société à l'égard des risques sociaux). On parle alors, par exemple, d'État animateur (Donzelot et Estèbe, 1994), d'État Partenaire (Lesemann, 2001), d'État accompagnateur (Klein, 1995) ou d'État néo-libéral (Duchastel, 2004; Bourque *et al.*, 1999). S'il est vraisemblable que certaines fractions de la classe politique tendent à vouloir «décharger» l'État d'un certain nombre de responsabilités qu'il avait pris en charge sous le providentialisme, il faut préciser que c'est à une transformation de son rôle que l'on assiste, dans le sens que le discours, les politiques et les programmes intègrent de nouvelles exigences centrées sur l'impératif d'autonomie. Par conséquent, dans cette nouvelle forme «active» de régulation sociale, les actions des individus et des acteurs locaux ne relèvent pas uniquement d'une logique de «laisser faire» ou de «laisser aller», ou encore d'intervention minimale de l'État, mais d'injonctions inscrites positivement dans les politiques et les programmes de l'État, voire d'une logique étatique «autoritaire» où ils sont invités à se prendre en charge sous peine de sanctions formelles (comme dans le «workfare» ou pour les organismes communautaires qui ne se conforment pas au contrat par exemple) ou de blâme, comme c'est le cas dans le domaine de la santé où il n'existe pas de véritables sanctions formelles, mais où la stigmatisation, la marginalisation ou l'absence de reconnaissance sociale sont de bons substituts⁸⁶.

⁸⁶ Les recherches que nous avons réalisées sur les pratiques d'intervention dans des PES de Montréal-centre (Lévesque *et al.*, 2001; Laperrière *et al.*, 2004) permettent de constater que même s'il n'y a pas de sanctions formelles liées à des habitudes de vie jugées néfastes pour la santé (comme l'usage de drogues par exemple), l'accès aux services de santé et aux services (à suivre...)

Dans ces conditions, comme on l'a déjà mentionné brièvement, ce ne serait pas seulement à un renversement du couple responsabilité de l'État et devoir du citoyen-ne que l'on assiste, mais à la transformation même dans la nature des devoirs exigés, soit celui de se mobiliser, avec l'aide de ses pairs ou des acteurs de son environnement social, et de se prendre en charge. Autrement dit, le rôle de l'État ne serait plus seulement celui de soutenir, par des mesures de protection ou de développement social, les individus, mais de soutenir leur potentiel de mobilisation. Par conséquent, il tend de plus en plus à investir le social selon une logique d'efficacité ou de rentabilité (en termes de possibilité envisageable de résultats concrets), c'est-à-dire d'investir là où les possibilités de re-prise en charge par eux-mêmes des individus et des acteurs locaux pour «s'en sortir» sont ou peuvent s'avérer⁸⁷.

Le passage au fil du temps de l'idée de concertation à celle de partenariat structuré dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida montre que l'État québécois contemporain et, plus précisément, les agences étatiques de santé publique ne se désengagent pas des responsabilités séculaires qui leur sont confiées à l'égard de la

⁸⁶(...suite)

sociaux est plus difficile pour les individus qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter de faire usage de drogues. Ainsi, s'il n'y a pas de sanctions formelles inscrites dans une procédure, il existe bien des formes de sanctions informelles (discrimination) pour les individus provenant des groupes jugées à risque par la santé publique.

⁸⁷ Soulignons ici que cette tendance à vouloir mobiliser les individus et les acteurs locaux dans la prise en charge des problèmes auxquels ils sont confrontés est, malgré les spécificités relatives à chacune des problématiques, généralisée au Québec, que ce soit, par exemple, dans le secteur du développement régional (Klein, 1995), au plan de la gestion territoriale du social par les dites «communautés locales» (Charbonneau, 1998; Germain *et al.*, 2004), à celui des politiques d'employabilités et d'insertion destinées aux jeunes (René *et al.*, 2001), dans les politiques d'assistance sociale (Beauchemin et Beauchemin, 1998; Boismenu, 1992; Boismenu et Dufour, 1997; Bourque, 2004) ou encore dans le domaine de la santé et des services sociaux (Clément, et Bolduc, 2004; Charbonneau, 2001).

protection de l'ordre sanitaire. C'est plutôt à la transformation de leur rôle et de la nature des modes de régulation sociale que l'on assiste, plutôt qu'à un désengagement orienté vers le «laisser faire» ou le «laisser aller». Sous le couvert de l'idéologie participative et plus particulièrement sous le couvert de l'idéologie partenariale, l'État québécois se fait de plus en plus «autoritaire» ou disciplinaire (René *et al.*, 2001). Il ne vise plus uniquement à soutenir et à encadrer, mais il exige que les individus et les collectivités locales harmonisent leurs actions et leurs pratiques de manière à prendre en charge le plus efficacement possible les problèmes locaux concrets auxquels ils sont confrontés. S'il y a toujours soutien de l'État, il comporte dorénavant des contreparties, soit la mobilisation locale des acteurs concernés par le problème et la mise en oeuvre d'actions pragmatiques pour les résoudre, les limiter ou les encadrer sous des seuils «acceptables» du point de vue du maintien de l'ordre social, sanitaire ou politique (dépolitisation des problèmes, légitimité de l'État comme gestionnaire responsable des ressources publiques, etc.).

Soulignons enfin que le passage, au fil du temps, de l'idée de concertation à celle de partenariat structuré s'inscrit dans les grandes orientations discursives qui caractérisent la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, à savoir qu'il vise à formaliser dans des procédures partenariales les moyens nécessaires pour rejoindre les groupes ciblés comme vulnérables, la réduction des risques individuels par la mise en oeuvre d'une politique de situation axée sur la réponse aux multiples besoins sociaux et sanitaires primaires et la transformation des individus en sujet sur la base d'un soutien (local) à l'autonomie.

5.6 Synthèse et discussion

Ce chapitre avait comme objectif d'analyser les discours de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida pour faire ressortir les logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels s'est institutionnalisée au sein du dispositif de lutte contre le VIH. Pour ce faire, nous avons analysé les discours à travers lesquels le problème des enjeux épidémiques liés à l'apparition du VIH a été posé et la réponse qui a été apportée, ceux à travers lesquels les cibles et l'objet de la prévention sont problématisés, les discours à travers lesquels le sujet à risque et l'agir préventif sont construits de même que ceux à travers lesquels les conditions d'adhésion aux normes de prévention des risques individuels sont pensées.

Nous avons dans cette perspective vu que le contrôle du danger d'épidémie, en tant que danger constituant une menace potentielle pour l'ensemble de la population, constitue la prémisse de base sur laquelle s'est édifiée et développée la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. De plus, la réponse proposée relève d'une problématisation de l'exposition au VIH et de la prévention du risque qui *individualise* les enjeux de la lutte contre le VIH. Basée sur l'idée que le risque d'infection par le VIH est un risque *évitable* que tout individu de «bonne volonté» peut prévenir s'il en prend les moyens, la Stratégie québécoise de lutte contre le sida constitue les groupes cibles à risque sur la base des modes de transmission et des attributs individuels (homosexualité, usagers-ères de drogues, etc.), elle fait du comportement individuel l'objet de la prévention, de l'espace de liberté du sujet à risque le lieu d'expression de l'agir préventif et de sa participation «volontaire» à la prévention la condition d'adhésion aux normes (comportementales) de protection déterminées par la santé publique. Particularisme, comportementalisme, subjectivisme et participationnisme sont dans cette perspective parmi les principales dimensions qui caractérisent l'univers

discursif (et normatif) à travers lesquelles la prévention des risques individuels est présentée comme réponse «technique» au problème de sécurité (de la nation) lié à l'avènement du VIH.

Cette problématisation de l'exposition au VIH centrée sur l'individu et la prévention des risques individuels comme réponse au danger d'épidémie a constitué et constitue toujours la toile de fond sur laquelle s'est édifiée et développée la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et, plus largement, l'ensemble du dispositif de lutte contre le VIH au Québec.

En référence à Michel Foucault (2004b), on peut considérer que la Stratégie québécoise de lutte contre le sida est présentée à travers les discours qui la constitue comme un *dispositif de sécurité* dont l'objectif est la protection des forces de la nation (population générale) contre l'épidémie du VIH et qu'elle vise à réguler les forces qui favorisent son développement en ciblant les populations ayant des pratiques dangereuses pour l'ordre sanitaire (populations comme objet) et en faisant de celles-ci des sujets actifs (populations comme sujet) dans la *prévention des risques individuels*, comme seul moyen envisagé de lutte contre le VIH.

Toutefois, les discours analysés dans cette thèse montrent que si l'individu constitué en population à risque a toujours été le centre de la problématisation du risque et de l'action de santé publique, des transformations importantes se réalisent au fil du temps dans la manière dont il est constitué en sujet à risque, dans celle de concevoir l'action et la participation à la prévention. Deux grandes logiques discursives permettent de synthétiser les changements dans les rapports que les agences étatiques de santé publique entretiennent avec les groupes ayant des pratiques dangereuses pour l'ordre sanitaire.

Jusqu'au début des années 1990, dans les premières phases (phases 1 à 3) de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, l'individu est construit comme un *sujet à risque* selon une logique propre à l'*épidémiologie descriptive* et à la *psychologie sociale*, soit selon une logique d'*inadaptation* vis-à-vis le risque que représente le VIH. Il est ainsi considéré *responsable* de sa condition d'inadapté et la prévention est envisagée sous l'angle de l'*éducation sanitaire*, soit comme une technique d'intervention visant la *conscientisation* et la *persuasion* quant au bien fondé de se protéger du risque que représente ce virus en adoptant les nouvelles normes comportementales proposées par la santé publique. Sa participation à la prévention est considérée essentiellement du point de vue de favoriser l'adhésion à ces normes, par l'établissement de mécanismes de participation favorisant la réception des messages de prévention. L'objectif principal poursuivi par la santé publique est dans cette perspective *l'encadrement de l'espace de liberté* d'action des individus des groupes identifiés à haut risque d'infection, dans le but qu'ils obéissent ou se conforment à des normes comportementales sécuritaires, pour se protéger eux-mêmes, mais aussi pour le contrôle du développement de l'épidémie.

Dans les phases subséquentes (phases 3 à 5) de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, l'individu est construit comme un *sujet vulnérable* selon une logique propre à l'*épidémiologie sociale* et au *travail social-communautaire*, soit une logique de *fragilisation* (de force personnelle ou d'«*empowerment*») face au risque que représente la présence du VIH dans leur réseau social. Il n'est plus considéré comme le seul responsable de sa condition, mais comme une «*victime*» des conditions sociales d'existence que lui réserve la société, qui fragilise ses liens sociaux et le rend vulnérable au risque d'infection par le VIH, selon une logique de cumul de facteurs de risque individuels. Ainsi, il ne s'agit plus de blâmer la victime, mais de susciter son adhésion et de la soutenir afin qu'elle puisse s'émanciper et prendre en charge sa santé. La

promotion de la santé, en ce qu'elle vise le développement du *potentiel* (ou l'«*empowerment*») des individus et des collectivités locales à prendre en charge les problèmes de santé auxquels ils sont confrontés, est l'approche préconisée pour les soutenir et les mobiliser dans la gestion des risques, dont le risque d'infection par le VIH. La participation à la prévention fait dorénavant l'objet de partenariats structurés entre les agences régionales de santé publique et les organismes communautaires censés représenter les individus provenant des populations à risque, dont les usagers-ères de drogues. Il ne s'agit plus dans cette perspective de seulement encadrer l'espace de liberté d'action des individus pour obtenir une conformité à la norme, mais de canaliser et de mobiliser, par le biais d'action de promotion de la santé et de partenariats structurés, leur potentiel d'autonomie (esprit d'initiative, créativité, réflexivité, rapport de soi à soi, etc.) vers des objectifs de santé déterminés par les autorités de santé publique.

Ainsi, si la lutte contre le VIH passe toujours par la prévention des risques individuels, on assiste au fil du temps à une transformation dans la manière de concevoir l'action de santé publique, soit au passage d'une logique axée sur les attributs individuels vers une logique qui, en relation avec l'idée de vulnérabilité, vise l'autonomisation par l'action sur les situations de vie. Les discours subissent une inflexion assez importante et se centrent de plus en plus autour de l'idée que c'est à travers l'action sur les *situations de vie* et la création de conditions sociales minimales nécessaires au développement du potentiel d'autonomie que les agences de l'État peuvent réduire le risque d'infection par le VIH (réponse aux besoins sociaux primaires, habilitation ou «*empowerment*», insertion dans les groupes communautaires, etc.). Dans cette perspective, le discours exclut l'idée que la santé est un droit social exigeant une réponse globale axée sur la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques et introduit celle qu'elle relèverait des droits de la personne d'avoir accès sans

discrimination aux services de santé et aux services sociaux minimaux, notamment les services offerts par les organismes communautaires eux-mêmes.

On peut dans ces conditions considérer que la Stratégie québécoise de lutte contre le sida s'est développée en conformité aux transformations qui, comme nous l'avons montré au chapitre 1, caractérisent les modes de régulation sociale dans le secteur de la santé publique et la réponse de l'État québécois pour contrer le danger d'épidémie. On peut également observer qu'elle est conforme à la manière dont l'État contemporain investit le tissu social et tend à redistribuer les responsabilités vers le local et le privé (cf. chapitre 3). Tout se passe en effet comme si le dispositif de lutte contre le VIH avait, d'un côté, comme fonction d'individualiser les enjeux de la lutte contre le VIH et, de l'autre côté, de susciter une re-socialisation de ces enjeux dans l'espace local en mobilisant les acteurs communautaires, même s'il est reconnu par les experts de santé publique eux-mêmes que le changement social nécessaire à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques passe par une réinterrogation des structures, des politiques et des législations (cf. chapitre 1).

Ces transformations sont également conformes aux logiques discursives à l'intérieur desquelles la RM problématise, comme nous l'avons montré au chapitre 2, les enjeux de la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues, soit un double processus d'individualisation des enjeux de la prévention et de re-socialisation de ceux-ci comme enjeux locaux. Nous verrons dans le prochain chapitre qui traite de la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues que son institutionnalisation au sein des agences de santé publique se réalise dans un objectif de régulation des paradoxes dans les logiques d'action de l'État et d'ouvrir l'espace de tolérance nécessaire au déploiement d'actions directes de promotion de la santé visant l'autonomisation des usagers-ères de drogues et la mobilisation des acteurs locaux sans avoir à réinterroger

les cadres prohibitionnistes et les conditions sociales qui favorisent la vulnérabilité aux risques sociaux et sanitaires.

CHAPITRE 6

PRÉVENTION DU VIH AUPRÈS DES USAGERS-ÈRES

DE DROGUES ET RÉDUCTION DES MÉFAITS

Au chapitre précédent, nous avons analysé les discours provenant des documents inhérents à l'élaboration des différentes phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Ces analyses visaient à répondre à une des parties de notre question de recherche, soit à faire ressortir les logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels s'est institutionnalisée au sein du dispositif de lutte contre le VIH.

Le présent chapitre vise à répondre à la deuxième partie de notre question de recherche. Il analyse les discours des documents visant la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues, incluant ceux se rapportant spécifiquement à la RM. Il vise à faire ressortir les logiques discursives à travers lesquelles la RM s'est institutionnalisée au sein du dispositif de lutte contre le VIH destiné à cette population spécifique et à rendre compte des stratégies opérationnelles par lesquelles il s'est élaboré. De plus, puisque la lutte contre le VIH se réalise dans un système de santé régionalisé, les discours provenant des plans d'action de lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues de la région de Montréal-centre sont analysés. Ils offrent un matériau plus pratique, c'est-à-dire axé sur la mise en oeuvre concrète des dispositifs de prévention, notamment en ce qui concerne les approches «efficaces», les mécanismes d'attribution des ressources et les mandats de prévention confiés aux organismes communautaires.

La première section porte sur les discours se rapportant aux enjeux épidémiques chez cette population, au développement des PES et à l'itinéraire du concept de RM dans le contexte québécois. Cette section est surtout descriptive. Elle vise à décrire le contexte dans lequel la RM s'est institutionnalisée au sein des agences nationale et régionale de santé publique et, plus particulièrement, à identifier un certain nombre de contraintes ou de conditions de possibilité à travers lesquels les discours de RM et de

prévention des risques individuels auprès des usagers-ères de drogues se sont développés.

La deuxième section porte sur les discours à travers lesquels la RM s'est institutionnalisée au sein du dispositif de lutte contre le VIH. Elle analyse les logiques discursives par lesquelles la RM s'est intégrée au dispositif de lutte contre le VIH, au palier national (provincial) comme à celui de la région de Montréal-centre. Les résultats obtenus montrent qu'elle est *fortement encadrée* à l'intérieur de ce dispositif. De plus, si elle se développe pour répondre à des impératifs de contrôle de l'épidémie auprès de cette population spécifique, elle y trouve son intelligibilité en relation avec le fait qu'un des principes (le pragmatisme) sur lequel elle repose favorise l'ouverture d'un espace de tolérance nécessaire à la régulation des paradoxes dans les logiques d'action de l'État et à l'accès à l'espace illicite des usagers-ères de drogues pour en faire des sujets actifs dans la prévention des risques liés au VIH.

Les troisième et quatrième sections analysent les discours portant sur les *stratégies opérationnelles* à travers lesquelles se déploie le dispositif de lutte contre le VIH destiné aux usagers-ères de drogues, au palier national (provincial) comme à celui de sa mise en oeuvre dans la région de Montréal-centre.

La troisième section analyse les discours des documents se rapportant à la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues, au palier national (provincial) comme à celui de la région de Montréal-centre. Plus précisément, elle analyse les discours de promotion de la santé à travers lesquels les stratégies opérationnelles du dispositif de lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues ont été et sont toujours envisagées. Ces discours montrent que ce dispositif vise non seulement la responsabilité individuelle ou l'encadrement de l'espace de liberté, mais l'autonomisation des usagers-

ères de drogues à travers la mobilisation des acteurs locaux. Il s'appuie sur des mesures de promotion de la santé (travail de proximité ou d'«outreach», «empowerment», estime de soi, etc.) qui se présentent comme des techniques incitant à l'auto-prise en charge des risques sociaux et sanitaires, voire comme des techniques d'injonction à l'autonomie inscrites à l'intérieur même des plans et des programmes.

La quatrième section analyse quant à elle les discours des plans de lutte contre le VIH auprès des usagers-ères portant sur la concertation et le partenariat entre les agences de santé publique et les organismes communautaires. Les résultats de ces analyses permettent de constater que le développement de partenariats public-privé est le moyen par lequel les agences de santé publique tentent de mobiliser les organismes communautaires vers l'atteinte des objectifs de prévention fixés dans les plans régional et national (provincial). Ils constituent le mécanisme à travers lequel sont mises en oeuvre les règles et les procédures visant à canaliser les activités de prévention et les pratiques d'intervention vers l'atteinte des objectifs fixés dans les plans régionaux de lutte contre le VIH, soit l'auto-prise en charge des risques individuels.

Il est important de mentionner que, si ces deux dernières sections portent toujours sur les discours par lesquels se développe le dispositif de lutte contre le VIH, le matériau d'analyse est différent et, par conséquent, les résultats présentés sont plus descriptifs. Si les discours analysés jusqu'à maintenant avaient comme objet la problématisation des enjeux de la lutte contre le VIH et la détermination des grandes orientations à donner à l'action, ceux analysés dans ces sections portent principalement sur les stratégies de «mises en oeuvre» des programmes et la priorisation des activités concrètes de prévention ou d'intervention. Par conséquent, les énoncés sont analysés dans un objectif de démontrer la manière dont les grandes logiques discursives présentées auparavant ont un effet structurant sur les stratégies et les plans d'action et pour discuter des enjeux que

soulèvent les interventions de prévention priorisées au plan de la régulation. *Les résultats présentés dans ces deux dernières sections ne visent donc plus à rendre compte de logiques discursives, mais plutôt à démontrer la conformité des activités de prévention ou d'intervention priorisées avec les logiques discursives présentées dans les sections et les chapitres précédents.*

Conformément au corpus présenté dans le chapitre méthodologique, les documents des discours analysés dans ce chapitre sont exposés au tableau 1, soit le cadre de référence sur *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention* (CQCS, 1994; colonne 1 du tableau 1), les documents relatifs aux orientations ministérielles de lutte à la toxicomanie (MSSS, 2001, 2002; colonne 1 du tableau 1) et les discours provenant de la région de Montréal-centre (colonne 2 du tableau 1).

6.1 Danger d'épidémie, PES et itinéraire du concept de RM

La présente section a comme objectif de décrire les enjeux inhérents à l'institutionnalisation du discours de RM au sein des agences de santé publique, ceux liés au développement des PES de même que l'itinéraire poursuivi par le concept de RM au sein de l'État québécois.

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, les usagers-ères de drogues ont été identifiés comme une des populations ayant des pratiques dangereuses pour l'ordre sanitaire dès les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH. Les deux principaux projets pilotes (CACTUS-Montréal et Pic-Atouts) développés dans la région de Montréal-centre pour tenter de rejoindre les UDI se sont

appuyés sur une analyse similaire des enjeux épidémiques liés à l'usage de drogues. En effet, on considère à la fin des années 1980/début des années 1990 qu'il existe un potentiel d'augmentation de l'infection chez les usagers-ères de drogues de la région. Ces derniers constitueraient un groupe dont les pratiques représentent un danger pour la santé publique (transmission au partenaire et à la population hétérosexuelle, transmission foetale ou verticale, etc.) qu'il faut cibler et tenter de les rejoindre dans leurs milieux de fréquentation pour les inciter à adopter des comportements sécuritaires (Roy et Thabet, 1991a, 1991b; Arcand, 1990).

Dans le cadre de référence intitulé *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention* publié par le MSSS en 1994 (CQCS, 1994), le développement de l'épidémie n'est jugé nulle part plus rapide et plus inquiétant que dans le groupe des usagers-ères de drogues. Cette progression est qualifiée de seconde vague de l'épidémie (CQCS, 1994, p. 39) et il est jugé nécessaire de mettre en oeuvre des *actions directes* auprès des usagers-ères de drogues les plus précarisés pour *contenir*, à *court terme*, l'évolution «rapide» de l'épidémie dans ce groupe et surtout son extension vers les populations avec lesquelles ils sont en contact. Ainsi, l'urgence d'agir auprès des usagers-ères de drogues se traduit dans le discours par l'idée que «... la transmission du VIH pose à la société un problème plus urgent que ne le fait la consommation de drogues» (CQCS, 1994, p. 24).

Dans la région de Montréal-centre, l'urgence d'agir pour contrer le danger d'épidémie sur un court terme est également devenu au fil du temps le motif principal évoqué pour justifier la nécessité de développer un plan d'action régional axé sur la réduction des méfaits. En effet, dans le premier plan régional de prévention du VIH auprès des UDI de 1996, les projets expérimentaux sont considérés n'avoir répondu qu'aux besoins les plus urgents et ils auraient par conséquent été insuffisants pour

enrayer l'évolution de l'épidémie (DSP de Montréal-centre, 1996). Un an plus tard, en 1997, la DSP de Montréal-centre adoptera un discours *alarmiste* en parlant de «véritable flambée épidémique chez les UDI de Montréal» et l'approche de RM sera «déclarée» priorité d'action régionale (DSP de Montréal-centre, 1997a, p. 1-2). La RM est donc justifiée dans le discours de la DSP de Montréal-centre sur la même base que dans celui de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida du MSSS et il en est toujours ainsi.

Les PES ont constitué le moyen par lequel le contrôle de l'épidémie auprès des usagers-ères de drogues a été envisagé. Sans entrer dans une description exhaustive de l'ensemble des programmes et des activités de prévention initiés au niveau local par les DSC de l'époque et les organismes communautaires, soulignons que CACTUS-Montréal a été le premier PES créé en juillet 1989. Il a été financé comme projet pilote par le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada pour prévenir l'infection par le VIH auprès des usagers-ères de drogues du centre-ville de Montréal. D'autres programmes ont par la suite été développés dans les différentes régions du Québec, comme Pic-Atouts, l'Anonyme, Spectre de rue, Projet Montérégie et divers autres programmes ou projets à travers le Québec (CQCS, 1994, p. 20-21). Leur mandat est de faire de la prévention dans le sens classique du terme (changement de comportements) et, malgré un discours différent, les approches d'intervention (RM, promotion de la santé, travail de rue, etc.) sont les mêmes que celles préconisées par les agences de santé publique (Laperrière *et al.*, 2004; Lévesque *et al.*, 2001). De plus, ces organismes constituent un lieu pour la surveillance épidémiologique par lequel le Réseau SurvUDI réalise ses collectes de données pour suivre l'évolution des taux de prévalence et d'incidence (provinciale, régionale, locale) au VIH dans cette population.

Si l'objectif principal visé par le développement local de PES est de mettre en oeuvre des interventions visant à contrer la progression de l'épidémie, ils ont également

été créés à l'origine comme projets pilotes pour promouvoir auprès des autorités publiques (ministérielles et politiques) la nécessité et la pertinence d'adopter des mesures de réduction des méfaits. Ils ont en quelque sorte constitué un moyen par lequel il a été possible d'obtenir de ces autorités «... une reconnaissance explicite de la réalité de l'usage de drogues et de la nécessité d'adopter des mesures de santé publique concrètes et pragmatiques pour contenir l'augmentation du taux d'infection chez les utilisateurs et utilisatrices de drogues par injection et leurs familles» (CQCS, 1994, p. 39).

De plus, conformément aux stratégies de prévention des risques individuels prises dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, ils ont été perçus comme la pierre angulaire par laquelle la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues a été envisagée. En plus de rendre accessible le matériel d'injection⁸⁸, les PES visent à les rejoindre dans leur milieu de vie afin d'agir sur les normes qui y dominent, principalement celles se rapportant à l'injection par voie intraveineuse.

Ces projets expérimentaux ont servi de modèle de base au processus d'institutionnalisation de l'approche de RM dans les agences officielles de santé publique. Dans les premiers documents de planification des activités de prévention destinées aux usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre (Arcand, 1990; Roy et Thabet, 1991a et 1991b; DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992; Hankins *et al.*, 1993), le concept de RM n'est pas utilisé. Il entrera dans le discours en 1994 dans

⁸⁸ Soulignons ici que la possession, la distribution et la vente de matériel d'injection ne sont pas des actes illégaux au Canada.

l'évaluation du projet pilote Pic-Atouts (Beauchemin *et al.*, 1994)⁸⁹ et dans la publication par le MSSS du cadre de référence mentionné ci-dessus (CQCS, 1994).

Dans le projet Pic-Atouts, la RM est définie comme une approche de prévention globale et non condamnatoire à l'égard des usagers-ères de drogues (Beauchemin *et al.*, 1994, p. 1). Dans le cadre de référence du CQCS, elle est définie comme une approche de prévention qui vise, en travaillant avec les usagers-ères de drogues, à minimiser les dommages qu'ils s'infligent à eux-mêmes, à leurs partenaires sexuels, à leur famille et à l'ensemble de la société (CQCS, 1994, p. 22). Ainsi, si le CQCS juge que l'abstinence constitue la meilleure manière de se prémunir des risques d'infection, il considère toutefois qu'il est impossible d'éradiquer l'usage de drogues à court terme et, dans ces conditions, qu'il faut mettre en oeuvre des mesures favorisant la réduction des risques. De même, puisque l'élimination des risques est perçue comme impossible, il faut tenter de réduire les dommages ou les risques de conséquences liés à l'usage, en soutenant l'adoption de comportements sécuritaires ou à risques réduits.

Le concept de RM sera utilisé pour la première fois dans les documents de planification de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida à la phase 4, en 1997. Dans cette phase, il est défini comme une approche prometteuse de prévention du VIH et de promotion de la santé : «L'approche de réduction des méfaits qui vise à minimiser les conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la famille, la communauté et la société constitue une avenue prometteuse pour la prévention du VIH et la promotion de la santé» (CQCS, 1998, p. 16). Ainsi, conformément à la philosophie

⁸⁹ Toutefois, si les objectifs et la programmation d'ensemble de Pic-Atouts font consensus au plan de la prévention du VIH, des divergences importantes existent quant à l'approche de RM en toxicomanie, plusieurs acteurs locaux impliqués dans le projet privilégient toujours à ce moment une approche axée sur la désintoxication (Beauchemin *et al.*, 1994).

de promotion de la santé et à l'importance accordée aux effets de l'«environnement social» (situations de vie) sur les comportements à risque depuis cette phase, le CQCS s'engagera à promouvoir cette approche auprès des autres secteurs, en particulier auprès du secteur de la lutte contre la toxicomanie. Pour que les programmes de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues soient efficaces, il faut qu'ils soient intégrés dans une gamme plus large de services qui répondent mieux à l'ensemble des besoins des usagers-ères de drogues (services de première ligne, accès à la méthadone, etc.). Dans la phase 5, le CQCS prévoit établir un rapport encore plus étroit avec le secteur de la lutte contre la toxicomanie pour faire progresser les mesures de RM. L'argument est qu'il faut élargir l'espace dans lequel elle est à l'oeuvre (services de première ligne, programme de maintenance à la méthadone, sites d'injection, etc.) en l'intégrant dans une politique nationale (provinciale) de lutte à la toxicomanie.

Dans la région de Montréal-centre, le concept de RM sera introduit en 1996 dans le discours officiel de la DSP, lors du premier plan régional de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues. En lien avec le cadre de référence proposé par le CQCS, il est défini comme ceci : «La réduction des méfaits est une approche sociale particulièrement adaptée aux individus et aux communautés les plus vulnérables. La première priorité de la réduction des méfaits vise à minimiser les répercussions négatives reliées à l'usage des drogues et ce, dans une perspective systémique» (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 2). Plus récemment, dans le cadre du projet d'adaptation des services de première ligne pour les usagers-ères de drogues, la RM est définie comme ceci : «L'approche de réduction des méfaits a comme priorité d'atténuer les problèmes accompagnant l'usage de drogues et met l'accent sur l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme tel l'adoption de pratiques d'injections sécuritaires» (DSP de Montréal-centre, 2002b, p. 1).

Bref, indépendamment des nuances apportées par l'un ou l'autre des discours, le concept de RM est défini en fonction d'un objectif de minimiser ou de réduire les risques de méfaits associés à l'usage de drogues, dans une perspective de protection des usagers-ères de drogues eux-mêmes, mais également dans une logique de protection de la santé publique (partenaires, famille, etc.) ou de l'ordre sanitaire.

C'est dans cette mouvance générale que la RM a migré vers le secteur de la toxicomanie au début du nouveau millénaire, dans les nouvelles orientations ministérielles sur la lutte contre la toxicomanie (MSSS, 2001, p. 11)⁹⁰. Bien qu'il soit impossible dans le cadre de cette thèse d'analyser en profondeur les enjeux et les motifs⁹¹ qui ont favorisé le développement d'orientations ministérielles de lutte à la toxicomanie faisant une place à la RM, il ne fait aucun doute que l'avènement du VIH a été un événement déclencheur. Comme le souligne Pierre Brisson, l'approche de RM n'existait pas dans le secteur de la lutte contre la toxicomanie avant l'apparition du VIH, même si le modèle de l'apprentissage social a été au Québec un modèle précurseur à

⁹⁰ En faisant de l'usage des psychotropes un problème de santé publique, les plus récentes orientations ministérielles (MSSS, 2001) en prévention de la toxicomanie au Québec propose une approche pragmatique de prévention axée sur l'adaptation sociale des usagers-ères de drogues comparable à celle qui prévaut dans le secteur de la lutte contre le VIH. Elles ont été prises en considération dans cette thèse puisqu'elles constituent une référence dans le discours de la dernière phase de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, dans une perspective de favoriser un décloisonnement des deux secteurs et d'harmoniser les services offerts aux mêmes usagers-ères de drogues.

⁹¹ Ces orientations ministérielles évoquent l'inquiétude suscitée par les substances psychotropes et les multiples problèmes sociaux et de santé associés à un usage inapproprié comme motifs généraux pour lesquels il y a urgence d'élaborer une nouvelle stratégie de prévention dans le secteur de la toxicomanie. L'avènement du VIH aurait également mis en lumière un problème de taille lié à l'injection de drogues auquel il a fallu trouver des solutions rapidement (MSSS, 2001, p. 9-10). La migration du concept de RM vers ce secteur semble dans cette perspective se réaliser selon une logique similaire à l'apparition de la RM dans le secteur de la prévention du VIH, soit une logique de sécurité.

l'élaboration de cette approche (Brisson, 1997). Ce n'est qu'avec l'avènement du VIH, l'impératif de réduire les risques à court terme pour contrôler l'épidémie et sous la pression exercée par les acteurs de la prévention du VIH sur le secteur de la toxicomanie que la RM tend à vouloir s'imposer comme approche alternative aux approches centrées sur l'abstinence des drogues illicites. L'argument de fond peut être résumé comme ceci : les efforts de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues n'atteindront jamais leur pleine efficacité tant et aussi longtemps que les programmes de prévention de la toxicomanie ne seront pas adaptés à la réalité des usagers-ères de drogues, en particulier des usagers-ères de drogues qui ne veulent ou ne peuvent sur un court terme cesser de consommer.

Ainsi, sans négliger le fait que les limites en termes d'efficacité des approches centrées sur l'abstinence ont constitué un terrain propice au développement de nouvelles orientations ministérielles en matière de lutte contre la toxicomanie, il semble que les impératifs de sécurité causés par la présence du VIH chez les usagers-ères de drogues ont été un des déclencheurs⁹² d'une ré-interrogation de ces approches au profit d'une approche qui privilégie l'intervention sur l'usage inapproprié de drogues et les méfaits associés à ce type d'usage (y compris pour les drogues illicites), plutôt que la réduction de la consommation globale ou la prévention de l'usage comme tel (MSSS, 2001).

Le cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie publié par le MSSS (2002) un an plus tard introduit la notion de méfait

⁹² Au plan canadien, bien que le rapport Riley de 1998 n'a pas donné lieu à l'élaboration d'une «véritable» politique de RM de même qu'à l'intégration de cette approche dans la législation sur les drogues, Quirion (2000) mentionne les fréquentes allusions de ce rapport au danger d'épidémie du VIH (méfaits collectifs). Ainsi, la prise en considération de l'approche de RM semble davantage relever de motifs liés à la reformulation de la problématique de l'usage de drogues dans une perspective de gestion des risques collectifs, qu'à une réelle réinterrogation du prohibitionnisme.

dans une logique de prévention primaire, secondaire et tertiaire⁹³. En dépit du fait que l'abstinence constitue toujours un objectif prioritaire de prévention primaire, cette dernière n'est plus présentée comme une exigence de base nécessaire à l'accès aux services de santé. De plus, la prévention secondaire est définie comme des interventions qui visent la réduction des risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage de psychotropes à soutenir la capacité des individus à faire des choix éclairés et à gérer les risques associés à l'usage de psychotropes. Il est également proposé de réfléchir aux possibilités de réduire les mesures pénales et correctionnelles liées à l'usage de drogues dans un contexte prohibitionniste et de réduire l'offre de drogues illicites par la répression du crime organisé. La prévention tertiaire vise le développement d'un continuum de services accessibles et adaptés aux différents besoins des usagers-ères de drogues ayant un problème de toxicomanie dans le but d'améliorer leur qualité de vie, réduire les méfaits liés à la toxicomanie et favoriser leur réintégration sociale et économique. En quelques mots, l'abstinence est toujours visée comme mesure de prévention primaire, mais elle n'est plus présentée comme une exigence d'accès aux services de santé. Ce cadre de référence vise plus la stabilisation de la situation d'usage (usage approprié) des individus pour qu'ils se re-prennent en main. Il est possible de formuler l'hypothèse que le modèle québécois de lutte contre la toxicomanie tente de

⁹³ Ce cadre de référence n'a toujours pas donné lieu à l'adoption d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie. Il constitue, avec le document d'orientations qui lui est inhérent (MSSS, 2001), le document d'orientation le plus récent en matière de prévention et de traitement de la toxicomanie. Au moment où nous écrivons ces lignes, le MSSS est en train d'élaborer une nouvelle politique de lutte contre la toxicomanie.

se construire sur des bases similaires au modèle Suisse à quatre piliers⁹⁴, fortement soutenu lui aussi par l'Office national suisse de santé publique (Kubler, 2000).

En résumé, la RM s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois en réponse aux impératifs de sécurité imposés par la présence du VIH chez les usagers-ères de drogues, en lien étroit avec la Stratégie québécoise de lutte contre le sida du MSSS. Les premiers PES expérimentaux ont été mis en oeuvre par des DSC et des organismes communautaires dès les premières phases de cette stratégie et ils ont été financés par le MSSS (CQCS, 1991). Le concept de RM est entré dans le discours officiel du MSSS en 1994, dans le cadre de référence sur *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH* du CQCS. Ce cadre est issu d'un «engagement» pris dans la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, soit de définir, sur la base des résultats obtenus de l'expérimentation de PES, des orientations visant à encadrer l'implantation d'activités de prévention dites adaptées à la réalité spécifique des usagers-ères de drogues (situation d'illégalité, intolérance, discrimination, etc.), dans les différentes régions ou localités où sont concentrés les plus vulnérables au risque d'infection, mais aussi ceux qui ont des pratiques dangereuses pour l'ordre sanitaire (transmission du virus à la population générale).

Il est par la suite devenu un concept de référence dans les différents documents de planification des actions de prévention du VIH : dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida à partir de la phase 4 (1997) et dans les différents documents de planification régionale en matière de prévention du VIH auprès des usagers-ères de

⁹⁴ Le modèle Suisse, souvent cité en exemple, est un modèle à quatre piliers dont les objectifs sont : 1) la mise en place de mesures de réduction du nombre de nouveaux consommateurs (prévention primaire), 2) la diversification de l'offre thérapeutique, 3) la réduction des risques et des dommages et l'aide à la survie et 4) la répression du commerce illicite de drogues plutôt que la répression du consommateur (Kubler, 2000).

drogues, du moins dans la région de Montréal-centre. Il a également poursuivi sa «trajectoire» dans le secteur de la toxicomanie au tournant du nouveau millénaire, notamment sous la pression exercée par les acteurs de la lutte contre le sida quant à l'importance d'une plus grande harmonisation des approches d'intervention entre les secteurs de la prévention du VIH et celui de la toxicomanie. Si l'État québécois n'a toujours pas mis en oeuvre une «véritable» politique de RM en matière de lutte contre la toxicomanie, cette problématique est toutefois entrée dans les préoccupations de santé publique. Les problèmes associés à l'usage de drogues sont de plus en plus considérés comme des problèmes «collectifs» plutôt que comme des problèmes individuels exigeant une réponse clinique centrée sur l'abstinence.

Il est difficile de savoir si la RM, comme «nouvelle» approche de gestion des risques sanitaires, deviendra un des piliers d'action de l'État québécois dans le champ de la lutte à la toxicomanie. Au moment où nous écrivons ces lignes, le MSSS est en train d'élaborer une nouvelle politique de lutte contre la toxicomanie. Cette politique intégrera-t-elle, comme les orientations ministérielles (MSSS, 2001) qui l'ont précédée, l'approche de RM comme une des voies à suivre en matière de lutte contre la toxicomanie? Le MSSS investira-t-il les ressources nécessaires à son déploiement dans ce secteur? Comment la classe politique, les autorités ministérielles de même que les intervenants-es en toxicomanie réagiront-ils devant une politique qui ferait de la RM une des voies importantes d'action en matière de lutte à la toxicomanie?

Malgré les différentes avancées réalisées dans certains lieux dans les dernières années, il est bien difficile de savoir comment la classe politique et les autorités ministérielles répondront à la mouvance de la RM qui origine principalement du champ de la santé publique, d'autant plus que l'actuel gouvernement libéral au pouvoir est sans doute parmi le plus conservateur que le Québec a connu depuis la Révolution tranquille

(1960), que le gouvernement conservateur à Ottawa tend à aligner ses politiques sur celles des États-Unis et que la guerre déclarée à la drogue par ce pays risque de plus en plus de s'enchevêtrer avec celle déclarée au terrorisme. Néanmoins, comme le montre Hervé Hudebine (2000a), si l'approche de RM s'est implantée en Grande-Bretagne depuis les années 1920, c'est parce le corps médical avait réussi depuis la fin du XIX^e siècle à imposer sa définition de la dépendance (maladie plutôt que déviance), dans un contexte toutefois où l'usage de drogues était en décroissance et qu'il touchait principalement des individus provenant de milieux favorisés.

L'aggravation perçue des problèmes liés à l'usage de drogues pour la société britannique à partir des années 1960 va par contre renforcer les contrôles de l'usage de drogues et un resserrement restrictif des mesures de RM, particulièrement du droit des médecins de prescrire des opiacés. De plus, devant la croissance du nombre d'usagers-ères de drogues «chaotiques», la prescription d'héroïne aurait cédé le pas aux produits de substitution durant les années 1970 et l'objectif d'abstinence est redevenu un des premiers objectifs poursuivis, au détriment de celui du maintien. Par conséquent, au cours des années 1970, les cliniques auraient acquis un quasi-monopole de la prise en charge des usagers-ères de drogues.

Ce n'est qu'au début des années 1980, avec la «prolétarianisation» de l'usage de drogues et l'avènement de la menace du VIH, que des sommes importantes seront allouées au secteur non gouvernemental et que la RM reprendra une place importante dans le dispositif de prise en charge de la toxicomanie, malgré la réserve des acteurs du secteur clinique et de la classe politique au pouvoir. Toutefois, selon l'auteur, la banalisation du VIH à partir de 1993 marquera à nouveau le déclin des mesures de RM, le principe qui y est sous-jacent (tolérance) aura disparu du programme du «New Labour» en 1997, sauf dans les situations où ce sont les *questions de sécurité* qui sont

en jeu (la criminalité par exemple). Autrement dit, si la RM est redevenue une alternative acceptée par la classe politique et les acteurs du secteur clinique pour faire face à la menace du VIH, son déclin se manifeste aussitôt que cette menace tend à se réduire. Au début des années 2000, la RM constituerait une approche d'intervention principalement dans les localités où les acteurs locaux continuent à la supporter, notamment au plan financier.

Ainsi, dans la période contemporaine, c'est la menace représentée par l'usage de drogues dans la transmission du VIH et des coûts qui y sont associés qui semble avoir été déterminante du «retour en force» des stratégies de RM, malgré le contexte de conservatisme social du gouvernement Thatcher. La banalisation du VIH dans la première moitié des années 1990 vient en sens inverse marquer son déclin, notamment par le retrait de la plus grande partie des fonds centraux alloués aux actions de RM. Pour Hudebine (2000a, 2000b), c'est le raisonnement de type utilitariste qui caractérise la route «sinueuse» de la RM, même si le degré d'institutionnalisation de la santé publique joue un rôle important dans les différences constatées entre les pays (la France par exemple) : capacité de réagir rapidement, flexibilité dans la priorisation des risques ou des menaces dans le temps, flexibilité dans la capacité de mettre en oeuvre des interventions pouvant contenir les menaces et de réaliser un retour en arrière lorsque celles-ci disparaissent, etc.

Dans cette perspective, la question de savoir si le Québec suivra la trace de la Suisse avec le modèle à quatre piliers (Kubler, 2000)⁹⁵ ou celle plus «sinueuse» de la

⁹⁵ Il faut souligner ici que les stratégies de RM se sont également implantées en Suisse suite à l'avènement du VIH dans les années 1980, lorsque les médecins de santé publique chargés du contrôle d'épidémie du VIH se sont joint à la coalition pour la réduction des risques. Auparavant, la coalition pour la réduction des risques, provenant du champ du travail social (à suivre...)

Grande-Bretagne reste ouverte. Difficile d'y répondre. Dans l'analyse qui visait à situer le contexte d'émergence de la RM au Québec, Pierre Brisson considérait qu'«on peut honnêtement se poser la question de la viabilité du mouvement actuel si on trouvait, dans un avenir rapproché, une solution, totale ou partielle, au problème aigü de santé publique que constitue le VIH (Brisson, 1997, p. 33).

Une chose est cependant certaine : la RM apparaît au Québec dans un objectif de prévenir le VIH auprès des usagers-ères de drogues (Brisson, 1997), dans un contexte où l'État se fait toujours prohibitionniste. Quoiqu'il en soit, la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues s'inspire aujourd'hui du cadre de référence établi par le CQCS en 1994 et des nouvelles orientations ministérielles de lutte contre la toxicomanie de 2001. Ces deux cadres de référence donne une large place à l'approche de RM. Ils préconisent une approche pragmatique centrée sur la reconnaissance de la réalité sociale de l'usage de drogues (CQCS, 1994), la réduction de l'usage inapproprié et la réduction des conséquences négatives de l'usage. La réduction de la consommation globale n'est plus considérée comme la principale priorité (MSSS, 2001, p. 11). Bref, que ce soit dans le secteur de la lutte contre le VIH ou dans celui de la lutte contre la toxicomanie, une approche fondée sur la tolérance à l'égard de l'usage de drogues est de plus en plus préconisée. La tolérance devient le «nouveau» principe de base à partir duquel est envisagée la régulation des pratiques des usagers-ères de drogues.

⁹⁵(...suite)

intervenant auprès des usagers-ères de drogues, n'avait pas réussi à infléchir le paradigme de l'abstinence, de telle sorte que la politique de prohibition n'a jamais été menacée (Kubler, 2000).

6.2 Réduction des méfaits et pragmatisme : de la tolérance zéro à la tolérance *de facto*

Pour le CQCS, la lutte contre l'épidémie du VIH associée aux drogues a mis en évidence une polarisation entre deux approches dans la société. L'approche de *tolérance zéro* entraîne la répression des usagers-ères de drogues et leur stigmatisation. Ces derniers sont considérés comme des criminels qui doivent être punis. La deuxième approche consiste en la RM⁹⁶ («harm reduction») qui vise à travailler *avec* les usagers-ères de drogues afin qu'ils minimisent les dommages qu'ils s'infligent à eux-mêmes, qu'ils infligent à leurs partenaires, à leurs familles et à l'ensemble de la société. Ils sont considérés comme des personnes ayant un problème de santé pour lequel ils ont besoin d'être aidés (CQCS, 1994, p. 22).

Ainsi, devant l'urgence d'agir pour contenir l'évolution de l'épidémie, il faut selon le CQCS se distancier de l'approche de tolérance zéro et adopter une approche de RM fondée sur le pragmatisme, c'est-à-dire sur la reconnaissance de la réalité sociale de l'usage de drogues. Cette reconnaissance devrait reposer sur une dépénalisation *de facto* de l'usage de drogues, afin de favoriser un accès aux milieux illicites des usagers-ères de drogues et à reconnaître les droits de ces derniers en matière d'accès non-discriminatoire aux services de santé et aux services sociaux.

Considérons par exemple le travail de prévention de la transmission du VIH auprès des toxicomanes qui est entravé, sinon rendu impossible, par des interventions répressives qui seraient menées en parallèle. Pour que le travail de prévention puisse se faire, il faut en arriver à une forme de dépénalisation *de facto*. L'obtention d'un

⁹⁶ Ce cadre de référence utilise le terme *préjudice* plutôt que celui de *méfait* tout en faisant référence au concept anglais de «harm reduction». Nous le traduisons ici par méfait car l'utilisation de ce terme semble être un problème de traduction, d'autant plus que dans tous les autres documents au Québec, le terme de réduction des méfaits est utilisé comme traduction de «harm reduction» (CQCS, 1994).

accord de principe avec les autorités responsables doit faire partie intégrante de la planification de projets sur le terrain. Il faudra, à brève échéance, se doter, dans les centres de soins aux personnes toxicomanes, de politiques VIH qui confirment le droit de celles-ci à la confidentialité et à l'accès aux soins (CQCS, 1994, p. 34).

Malgré le fait que le CQCS espère que la conscientisation des gestionnaires mènera à des actions sur les «facteurs» à l'origine du problème (prévention primaire des conditions de vulnérabilité), il vise par l'ouverture d'un espace de tolérance *de facto* à créer un contexte propice à la mobilisation des usagers-ères de drogues eux-mêmes dans la minimisation ou la réduction des risques par lesquels ils s'exposent au VIH, ils exposent la population générale, particulièrement leurs partenaires et les enfants à naître.

Les programmes de prévention visent en premier lieu à limiter la transmission du VIH dans la population des toxicomanes en tenant compte des situations et des comportements comportant des risques et sur l'adoption de comportements sécuritaires. Le CQCS considère que la non-consommation de drogues psychotropes est le meilleur moyen d'éviter les risques d'infection. Cependant, étant donné l'ampleur de la problématique de la propagation du VIH au sein de la population toxicomane et des risques de transmission à certains segments de la population générale et de transmission périnatale qui en découlent, le CQCS propose d'adopter une approche pragmatique qui consiste à reconnaître la réalité du phénomène des drogues. Il faut donc tenter de rejoindre les personnes qui font usage de drogues et travailler avec elles dans la perspective de minimiser les risques auxquels elles s'exposent et auxquelles elles exposent aussi leurs partenaires et leurs enfants à naître. On reconnaît ainsi que la transmission du VIH pose à la société un problème plus urgent que ne le fait la consommation de drogues (CQCS, 1994, p. 24).

L'accès aux milieux des populations qui font usage de drogues, la reconnaissance de leur droit d'accès sans discrimination aux services de santé et aux services sociaux de même que leur responsabilisation et leur mobilisation à l'égard des risques liés constituent dans cette perspective les logiques discursives par lesquelles on a recours à l'idée de pragmatisme et au principe de tolérance *de facto* dans le cadre de référence sur la lutte contre le VIH du CQCS (1994).

Le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie du MSSS (MSSS, 2001) fait également une large place à l'idée de pragmatisme. Si ce concept réfère toujours à l'idée de la reconnaissance sociale de l'usage de drogues, le problème n'est toutefois plus posé dans l'opposition usage/non-usage (abstinence), mais en termes d'usage approprié ou inapproprié.

En effet, ces nouvelles orientations ministérielles s'appuient sur l'idée que tout usage n'entraîne pas nécessairement des conséquences négatives pour l'individu, son entourage ou la société. Ce serait plutôt l'usage inapproprié qui pose problème. Ce dernier est globalement présenté comme susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social, mais dont les effets sont variables selon l'individu, la substance et le contexte de consommation. Plus précisément, ce seraient les modes de consommation (abus, intoxication, usage par voie intraveineuse, etc.) qui constituent la principale source de méfaits entraînant des coûts humains et sociaux démesurés (MSSS, 2001, p. 40).

En recourant à la notion d'usage inapproprié, ces orientations ministérielles proposent implicitement une tolérance à l'égard de l'usage de drogues. Ainsi, comme dans le cadre de référence du CQCS (1994), elles ne réinterrogent pas les effets du prohibitionnisme sur les risques. Les problèmes qui sont associés à la tolérance zéro sont

présentés dans le discours comme un simple problème de déséquilibre entre le contrôle pénal des usagers-ères de drogues et la prévention, même si le contrôle de la demande et de l'offre de drogues par la prohibition est jugé avoir un «succès mitigé».

Si la répression a une place dans la lutte contre le trafic des substances psychotropes, il existe actuellement un déséquilibre entre les actions répressives, qui consistent à punir et à exclure les usagers de drogues illicites, et les actions préventives, qui visent l'intégration sociale et le soutien (MSSS, 2001, p. 18).

Il est dans cette perspective envisagé possible d'orienter les politiques publiques sur les drogues vers la RM malgré la présence de lois prohibitives (MSSS, 2001, p. 26), en développant des zones de tolérance (PES, site d'injection, etc.). Ces zones permettraient de résoudre le problème de la continuité des interventions entre le «milieu de vie» des usagers-ères de drogues et les services de santé et les services sociaux et, par conséquent, de favoriser l'accès au soutien et aux soins médicaux.

Ces orientations ministérielles de lutte contre la toxicomanie adoptent une posture similaire à celle du cadre de référence sur la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues du CQCS (1994), soit celle de préconiser une tolérance *de facto* de l'usage de drogues. La principale différence réside dans le fait qu'elles posent le problème sur des bases différentes, soit sur la base d'une distinction entre usage approprié et usage inapproprié, plutôt qu'entre usage et abstinence. L'abstinence n'est toutefois plus un objectif idéal comme c'était le cas dans le cadre de référence du CQCS et il est considéré plus avantageux de viser à réduire les risques d'usage inapproprié et les risques de méfaits qui y sont associés que d'investir dans la réduction de la consommation globale ou la prévention de l'usage. Par ailleurs, l'élimination de l'usage

de drogues comme l'élimination des risques qui y sont associés sont considérées comme une utopie dans ce discours comme dans celui du cadre de référence de 1994.

Ces orientations reposent enfin sur l'idée que la problématique de la toxicomanie n'est pas juste une problématique d'ordre clinique, mais une problématique de santé publique qui demande à être prise en charge dans le registre de la gestion des risques, plutôt que dans le registre thérapeutique. La lutte à la toxicomanie passe dorénavant par la promotion de la santé et du bien-être de la population (habitudes de vie saines ou usage approprié) et la réduction des problèmes ou des méfaits associés à un usage inapproprié de substances psychotropes (MSSS, 2001, p. 11).

Au plan régional, bien que la DSP de Montréal-centre ne prend pas explicitement position sur la question de la reconnaissance de la réalité (universelle) de l'usage de drogues, l'argumentaire s'appuie sur l'idée que la toxicomanie est un problème de santé réversible alors que le sida ne l'est pas (DSP de Montréal-centre, 1996, 1997a). Les usagers-ères de drogues s'affranchiraient un jour ou l'autre de leur dépendance aux drogues alors qu'il n'existe aucun moyen curatif pour contrer une infection par le VIH. Cette approche est présentée dans le discours comme ceci : «La réduction des méfaits est pragmatique en ce qu'elle propose de s'attaquer en premier lieu aux objectifs les plus réalistes, les plus immédiats. Or, la propagation du VIH parmi les UDI représente un problème de santé urgent en plus du risque de transmission à certains segments de la population générale dont les enfants à naître» (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 2).

Ainsi, tel que présenté dans le discours de la DSP de Montréal-centre, le pragmatisme dans la RM implique une reconnaissance implicite d'une tolérance *de facto* à l'égard de l'usage de drogues. Dans une perspective de planification et de programmation régionale, il suppose le développement de mesures *réalistes* visant la

protection de la santé des usagers-ères de drogues, mais également celle des membres de leur entourage et de la santé publique. Ces mesures doivent être *efficaces*, c'est-à-dire avoir un potentiel d'impact à court terme sur la réduction de la transmission du VIH, entre les usagers-ères de drogues et vers la population générale.

L'action directe dans le milieu de vie des usagers-ères de drogues a constitué une des stratégies mises de l'avant par les agences de santé publique (DSC) impliquées dès les premiers projets expérimentaux. Elle visait la création d'espace (local) de mise en oeuvre de dispositifs de prévention du VIH et de promotion de la santé dits réalistes dans le discours ou adaptés à la réalité des usagers-ères de drogues. L'extrait suivant, provenant d'un rapport d'évaluation de mise en oeuvre du programme Pic-Atouts au début des années 1990, est un bel exemple d'une stratégie de programmation qui vise à pénétrer ce milieu illicite et à susciter *l'implication* des usagers-ères de drogues, des tenanciers de piqueries (personnes influentes du milieu des usagers-ères de drogues dans le discours) et des ressources communautaires dans la création d'un environnement dit social et favorable à la réduction des risques individuels.

Les stratégies d'intervention privilégiées pour rejoindre la clientèle UDI et réaliser les activités prévues sont le travail de rue et l'action communautaire. Deux intervenantes ont eu pour mission de s'intégrer au milieu UDI et de livrer un éventail de services de prévention primaire. L'action communautaire, quant à elle, vise à mobiliser les ressources de la communauté en vue d'offrir les services de soutien aux personnes toxicomanes et de favoriser leur réinsertion sociale. A cet effet, la responsable du programme s'est jointe à une table de concertation sur les toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Il s'est agi aussi d'impliquer des personnes influentes issues du milieu UDI afin d'y instituer des normes de comportements plus sécuritaires. L'ensemble de ces mesures vise à créer un environnement social plus favorable à la réduction des risques individuels liés à la transmission du VIH (Beauchemin *et al.*, 1994, p. 1-2).

Cet extrait permet de concevoir les PES comme des dispositifs de sécurité mis en oeuvre par les agences de santé publique de l'époque (DSC) pour pénétrer un milieu illicite que l'État crée lui-même par ses lois prohibitionnistes. L'objectif est la mobilisation des acteurs en présence pour qu'ils s'impliquent dans la prévention des risques individuels et la protection de la santé publique. Il s'inscrit en droite ligne avec l'idée selon laquelle le milieu est non seulement un champ d'intervention, mais un champ qui permet d'atteindre la population dans son existence ou dans sa «réalité effective», c'est-à-dire un regroupement d'individus qui existent à travers la matérialité des événements qui le forment comme groupe ou population cible pour canaliser les forces sociales qui s'y jouent vers des objectifs de sécurité (Foucault, , p. 23).

En résumé, les discours analysés dans cette section investissent l'objet «RM» selon une triple logique discursive: le principe de tolérance de *facto* favorise 1) l'accès aux milieux illicites, 2) les droits d'accès sans discrimination des usagers-ères de drogues aux services de santé et aux services sociaux et 3) la mobilisation des populations locales concernées par l'usage de drogue dans la prévention des risques individuels, y compris les usagers-ères de drogues et les membres du réseau criminalisé (tenancier, dealer, etc.).

Dans cette perspective, ce n'est pas tant la prise en charge des risques qui différencie la RM des autres actions de prévention de la santé publique, mais plutôt la *fonction de régulation* qu'elle remplit au sein du dispositif de lutte contre le VIH et, plus largement, au sein de l'État québécois.

En effet, vu uniquement sous l'angle de la réduction ou de la minimisation des risques de méfaits associés à l'usage de drogues, la RM n'apporte rien de bien nouveau par rapport aux approches de prévention primaire et secondaire existantes dans le champ

de la santé publique. La majorité des mesures de prévention des risques individuels ne relèvent pas de la spécificité de cette approche. Elles existent dans le champ sanitaire pour d'autres objets d'intervention (santé mentale, périnatalité, etc.). Même la mise en disponibilité des seringues que plusieurs ont tendance à considérer comme relevant de l'approche de RM ne lui est pas spécifique.

Il est important de souligner le fait que le discours de RM occupe à l'intérieur de l'espace discursif une place qui permet de le distinguer des autres actions de santé publique. Le cadre de référence (CQCS, 1994) sur la lutte contre le VIH est éloquent à cet effet. L'exposition au VIH auprès des usagers-ères de drogues est problématisée selon les mêmes logiques (épidémiologiques) que pour les autres populations et les discours sur les stratégies opérationnelles du cadre de référence s'appuient explicitement sur l'approche de promotion de la santé. Par conséquent, la place occupée par le discours de RM dans l'ensemble de l'espace discursif a essentiellement comme fonction de résoudre le problème d'accès⁹⁷ aux milieux illicites d'une population refoulée dans la clandestinité par les lois prohibitionnistes; l'accès à l'espace de liberté des individus ou des populations étant une condition d'exercice du pouvoir nécessaire à la régulation,

⁹⁷ Soulignons au passage qu'à notre connaissance le concept de RM n'est pas utilisé dans le milieu de la prévention du VIH auprès des autres populations à risque (homosexuel, bi-sexuel, prostitution, etc.), mais la distinction de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ceci renforce l'idée selon laquelle le recours à la RM est étroitement lié au problème d'accès à une population refoulée à la marge par les lois prohibitionnistes. Si la RM est une approche de prévention secondaire, pourquoi n'utilise-t-on pas ce concept, comme on le fait dans l'élaboration des actions destinées aux autres populations? Il semble donc que ce qui différencie la RM de la prévention secondaire, c'est l'espace de tolérance qu'elle ouvre et qui est nécessaire à toute forme de régulation, si on part du point de vue que, pour réguler les conduites, il faut des individus qui possèdent une certaine marge de liberté d'action accessible, aussi factuelle soit-elle. Par ailleurs, les traitements de sevrage à la méthadone et les traitements de maintenance à la méthadone ne se différencient-ils pas l'un et l'autre sur la base que les premiers exigent l'abstinence alors que les seconds reposent sur les principes de bas seuil d'exigence ou de haut seuil de tolérance?

que celle-ci se réalise dans un contexte de gestion des risques ou pas. Les discours sur les autres objets de la prévention dans ce cadre de référence obéissent aux logiques habituelles de santé publique (analyse des enjeux épidémiques selon une logique épidémiologique, actions selon une logique de promotion de la santé, etc.).

Ainsi, lorsqu'on situe la RM à l'intérieur de l'espace discursif à travers lequel elle s'institutionnalise au sein du dispositif de lutte contre le VIH, on peut considérer que ce qui fait sa spécificité par rapport aux autres dispositifs de santé publique réside essentiellement dans la fonction de régulation qu'elle remplit au sein de l'État québécois. Plus précisément, il est possible de considérer que, sur la base du principe du pragmatisme, la RM est utilisée comme un mécanisme qui remplit une triple fonction de régulation :

1. elle ouvre l'espace de tolérance nécessaire à l'accès aux milieux illicites et clandestins créés par la prohibition sans avoir à réinterroger le prohibitionnisme;
2. elle ouvre l'espace de tolérance nécessaire à l'accès sans discrimination aux services de santé et aux services sociaux, faisant ainsi entrer l'utilisateur de drogues dans le «droit commun»;
3. elle ouvre l'espace de tolérance nécessaire au déploiement d'actions directes dans le milieu de vie des usagers-ères de drogues, dans un objectif de les transformer en sujet actif responsable et mobilisé.

Voilà ce qui à la lumière des discours officiels analysés apparaît être le *sens pratique* des logiques discursives à travers lesquelles la RM s'institutionnalise au sein du dispositif de lutte contre le VIH et, plus largement, au sein de l'État québécois. Nous

pouvons considérer dans cette perspective que la RM trouve sa légitimité au sein de l'État sur la base qu'elle remplit deux grandes fonctions.

D'une part, elle s'institue au sein du dispositif de lutte contre le VIH dans un objectif d'ouvrir l'accès à l'espace illicite et clandestin des usagers-ères de drogues créé par l'État lui-même à travers les lois prohibitionnistes. Elle constitue par conséquent le moyen de réguler les paradoxes dans les logiques d'action de l'État lui-même, c'est-à-dire le moyen par lequel les acteurs du secteur de la santé publique pourront accéder à l'espace clandestin des usagers-ères de drogues pour y déployer des actions de prévention visant le contrôle de l'épidémie sans qu'il soit nécessaire que l'État réinterroge les lois prohibitionnistes qui entravent cet accès. Autrement dit, elle offre à l'État le moyen de réguler les tensions existantes entre deux logiques d'actions contradictoires, l'une qui régule par l'inclusion (la santé publique) et l'autre qui régule par l'exclusion ou par la mise à la marge (la sécurité publique et le système judiciaire).

D'autre part, la RM s'institue au sein du dispositif de lutte contre le VIH dans un double objectif de faire entrer l'usager-ère de drogues dans le «droit commun» et de le transformer en sujet actif dans la gestion des risques. En favorisant l'accès sans discrimination aux services de santé et aux services sociaux, la RM favorise la normalisation des usagers-ères de drogues et, plus spécifiquement, leur reconnaissance comme citoyen-e de droit ou comme citoyen à part entière. Par le déploiement d'actions directes dans leurs milieux de vie, elle vise leur transformation en sujet actif dans la prévention des risques individuels.

Bref, on peut considérer que la RM s'institue au sein du dispositif de lutte contre le VIH de manière à offrir au pouvoir politique un outil lui permettant de déresponsabiliser l'État à l'égard des risques qu'il contribue à créer par ses lois

prohibitionnistes et à reporter cette responsabilité sur les acteurs locaux eux-mêmes, particulièrement les usagers-ères de drogues et les organismes commuautaires. Comme nous le verrons maintenant, c'est par le déploiement d'actions de promotion de la santé que la santé publique tente de les fabriquer en sujets actifs responsables des risques.

6.3 Prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues

La présente section analyse les discours de promotion de la santé par lesquels les stratégies opérationnelles de lutte contre le VIH sont élaborées et à travers lesquels sont priorisées les interventions de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre. Nous discutons par la suite des interventions envisagées en les situant par rapport aux écrits qui retracent leur contexte historique d'apparition et les enjeux qu'elles soulèvent au plan de la régulation sociale, particulièrement en ce qu'elles favorisent une régulation axée sur l'autonomisation des individus et des populations dans la prise en charge locale des risques.

6.3.1 Promotion de la santé et stratégies opérationnelles des cadres de référence

Les stratégies opérationnelles du cadre de référence sur la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues de 1994 (CQCS, 1994) se fondent sur les grands principes de la promotion de la santé, tels que proposés dans la Charte d'Ottawa de l'OMS. Comme nous l'avons souligné au chapitre 1, la promotion de la santé vise, à la différence des approches d'éducation sanitaire orientées vers le développement d'apprentissages individuels, la mobilisation des «collectivités locales» dans la prise en charge de leur santé. En ce sens, les stratégies opérationnelles du cadre de référence sont

définies en relation avec les principes selon lesquels les interventions doivent chercher à rejoindre à la fois les usagers-ères de drogues et les membres de leur entourage (conjointes-es, partenaires d'usage, enfants, tenanciers de piqueries, etc.), s'élaborer et s'implanter en lien avec les autres ressources de la «collectivité locale». De plus, et c'est un élément central, il faut travailler à partir de leurs *motivations* (et non pas à partir des souhaits de la société) afin de s'assurer de leur *participation* à la prévention du VIH.

Ce cadre de référence met de l'avant cinq grandes stratégies opérationnelles, soit 1) l'augmentation des capacités individuelles des usagers-ères de drogues à faire face au risque d'infection par le VIH, 2) la création d'un «environnement» favorable à l'adoption de comportements sécuritaires, 3) le renforcement de l'action collective pour favoriser l'auto-prise en charge des activités de prévention, 4) le développement de nouvelles missions dans le secteur des services de santé et des services sociaux adaptées aux besoins des usagers-ères de drogues et 5) l'adaptation des politiques publiques et des normes sociales respectueuses des besoins et des droits fondamentaux des usagers-ères de drogues (CQCS, 1994, p. 25).

Les deux premières stratégies s'inscrivent dans les approches «traditionnelles» de prévention en santé publique, soit le développement des capacités des individus à faire face aux risques sanitaires auxquels ils sont confrontés. À ce chapitre, le cadre de référence propose d'accroître les services d'éducation sanitaire adaptés aux usagers-ères de drogues (sensibilisation aux risques encourus par l'usage de drogues, par l'injection, etc.), de développer ces activités d'éducation dans le «milieu de vie» des usagers-ères de drogues par le travail «d'outreach» et de rendre accessible le matériel d'injection pour créer une situation d'usage de drogues propice à l'adoption de comportements sécuritaires.

L'éducation sanitaire est définie «... comme un processus d'apprentissage visant à transmettre des connaissances et à susciter des attitudes et des aptitudes nouvelles en fonction des méthodes pédagogiques» (CQCS, 1994, p. 28). Le message préventif préconisé doit, en plus de la protection lors des relations sexuelles par l'usage du condom, porter sur la prévention de l'usage de drogues en intervenant sur les motivations inhérentes au choix de ne pas consommer (renforcement positif ou développement de l'estime de soi), sur l'importance de ne pas recourir à l'injection ou d'adopter des pratiques d'injection à risque réduit (sensibilisation-conscientisation) et sur celle d'avoir recours aux services de santé et aux services sociaux en cas de dépendance (suivi médical et psychosocial). Le travail d'«outreach» est envisagé comme un moyen d'établir et de maintenir la communication avec les groupes ou sous-groupes d'usagers-ères de drogues visés par la prévention, ces derniers étant peu rejoints par les services de santé habituels. La relation d'aide est préconisée comme démarche éducative permettant de livrer un message (par l'imprimé par exemple), mais aussi pour développer un lien significatif avec les usagers-ères de drogues. Dans une perspective de réduction des méfaits, il faut travailler à partir du *milieu de vie* et des *motivations* des usagers-ères de drogues, et non pas en fonction des *souhaits* de la société (CQCS, 1994, p. 26).

Les orientations ministérielles de prévention de la toxicomanie (MSSS, 2001) s'inscrivent dans la même perspective et proposent une série de mesures d'éducation sanitaire visant le renforcement des capacités des individus à faire des choix éclairés en matière d'usage de substances psychotropes et à gérer les risques qui y sont associés. Chaque personne posséderait des aptitudes et des acquis qui doivent être reconnus, utilisés et valorisés et que la société doit contribuer à développer, dans une perspective d'aide et de soutien aux groupes vulnérables (MSSS, 2001, p. 27-28).

La principale différence par rapport au cadre de référence sur la prévention de 1994 réside dans le fait que, par le développement des capacités des individus, c'est la capacité à faire des *choix éclairés* en matière de substances psychotropes (usage approprié) et la *maîtrise des risques* associés à un usage inapproprié qui est visé. Les usagers-ères de drogues sont présentés comme aptes à faire des «choix judicieux» et à se mobiliser dans la gestion des risques si le message d'éducation sanitaire est «juste», c'est-à-dire non dramatisant et non stigmatisant (MSSS, 2001, p. 40-43). En ce sens, les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie viennent renforcer la tendance qui existait dans le cadre de référence du CQCS selon laquelle la réduction des risques passe par le renforcement positif (confiance en soi, estime de soi, sentiment de compétence, etc.). Elles présentent le sujet à risque comme un sujet possédant un potentiel (mal reconnu par la société) de maîtrise des risques et la valorisation de ce potentiel par la société pour le mobiliser dans la prévention.

Dans la deuxième stratégie, la création d'un «environnement» favorable à l'adoption de comportements sécuritaires passe par la seule distribution du matériel de protection : «la réduction des risques semble être le résultat d'un environnement favorable au sein duquel il est possible : d'accéder à des seringues stériles, de l'eau de javel, des condoms et d'autres moyens concrets de réduire les risques; de prendre conscience du danger que représente le VIH et de bénéficier de l'assistance de ses pairs dans l'optique de la réduction des risques d'infection par le VIH» (CQCS, 1994, p. 31). Ainsi, la distribution de matériel de protection est envisagée en lien avec son caractère pratique (moyen de se protéger), mais aussi comme un moyen de *conscientisation* à l'égard du danger lié à l'existence du VIH ou, plus largement, comme un moyen de changement des normes sociales (d'injection, de partage, de rapport à l'autre, etc.) qui existent dans les réseaux clandestins d'usage de drogues. La réduction des risques

résulterait, selon le CQCS, autant de l'influence des pairs et des normes en vigueur dans les milieux d'usage de drogues que de facteurs individuels.

En effet, la distribution de matériel de protection est présentée comme un moyen de conscientisation par lequel les normes sociales (rapport à soi, à l'autre, à sa santé, à la santé des autres, etc.) qui existent dans les réseaux clandestins d'usage de drogues peuvent changer. Le matériel de protection n'a pas qu'une valeur pratique, mais également une valeur symbolique ayant un effet sur le changement des normes qui prédominent dans les réseaux sociaux des usagers-ères de drogues. À travers la seringue par exemple, la santé est promue comme une valeur fondamentale et l'utilisation des services de santé (en cas d'abcès par exemple) comme un moyen par lequel il leur est possible de s'engager dans une «démarche santé».

Ainsi, par la distribution du matériel de protection, c'est le dépassement des limites des interventions d'éducation sanitaire centrées sur les attitudes et les habitudes qui est visé, en agissant, dans une perspective de promotion de la santé, sur le changement de la norme sociale dans les réseaux clandestins d'usage de drogues. On peut également considérer que le changement de norme dans les réseaux clandestins d'usage de drogues constitue la base sur laquelle il est visé, comme nous le verrons ci-dessous, de renforcer «l'action collective» pour favoriser l'auto-prise en charge des activités de prévention, par les usagers-ères de drogues eux-mêmes ou par les pairs aidants.

Les orientations ministérielles de prévention de la toxicomanie s'inscrivent ici aussi dans la même perspective que celle du cadre de référence de 1994. L'action dans les différents lieux de consommation (bar, piqueries, «party rave», etc.) favoriserait la réduction des risques de méfaits liés à l'usage inapproprié d'alcool ou de drogues

illicites (MSSS, 2001, p. 44), notamment en mobilisant les acteurs concernés (personnels, pairs, tenanciers, etc.) pour qu'ils promeuvent auprès des usagers-ères de drogues l'utilisation des ressources de l'environnement (services de première ligne : PES, CLSC, pharmacie, Opération nez rouge, etc.).

Au chapitre du renforcement de l'action collective (troisième stratégie), le CQCS considère que la majorité des programmes de prévention aurait principalement visé les individus qui font usage de drogues, peu de mesures ont tenté d'agir dans la «sous-culture» du milieu de la drogue, alors que les activités d'auto-prise en charge de certains regroupements de personnes homosexuelles et d'associations d'individus qui font usage de drogues aux Pays-Bas ont été un succès au plan de la promotion de la réduction des risques. Il est dans ces conditions jugé nécessaire de soutenir des projets qui favoriseront l'augmentation du sentiment d'appartenance au groupe et les efforts «collectifs» de protection mutuelle, y compris en associant les acteurs du milieu de la drogue.

Le renforcement de l'action collective est défini «... comme le travail effectué auprès de groupes de personnes qui font usage de drogues afin de soutenir leur sentiment d'appartenance au groupe et de permettre certaines actions menées par des groupes pouvant susciter des changements personnels, relationnels, organisationnels ou politiques favorables à la santé et à la prévention de la maladie» (CQCS, 1994, p. 32). Bien que le CQCS ne soit pas très explicite par ce qu'il entend par changements (personnels, relationnels, etc.), il semble qu'ils visent à soutenir le regroupement d'usagers-ères de drogues dans un objectif de favoriser une dynamique relationnelle où chaque usager-ère de drogues aura à se définir en relation avec les membres du groupe (création d'une identité de groupe) et à se solidariser pour une même cause (la protection des membres du groupe), que celle-ci passe par le développement de normes comportementales visant la protection mutuelle ou qu'elle passe par des actions de

revendications (politiques) de leur droit de citoyen-ne ou de leur droit de cité. Ainsi, pour le CQCS, le renforcement de l'action collective vise la mobilisation des usagers-ères de drogues eux-mêmes dans la prise en charge des problèmes ou des risques liés à l'existence du VIH, à la marginalisation, aux discriminations, etc.

Les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie proposeront de développer des actions pour «faciliter la constitution de groupes communautaires de défense des droits et de soutien des personnes toxicomanes» (MSSS, 2001, p. 46). Le Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes (GEIPSI), un organisme communautaire qui intervient auprès des toxicomanes séropositifs dans une perspective de RM, est pris comme exemple : «le propre de cet organisme est de favoriser l'entraide et la prise en charge de leur santé par les participants» (MSSS, 2001, p. 46). Il se veut un lieu de rencontre des usagers-ères de drogues, de discussion, de création et de prise de contact avec le système de la santé et, par le fait même, un lieu de lutte contre les discriminations et l'isolement dont sont souvent victimes les usagers-ères de drogues. La participation est présentée dans le discours comme menant quasi-automatiquement à des actions de lutte contre ces formes d'exclusion. Nous verrons plus loin que ces orientations visent surtout la réduction des discriminations susceptibles d'entraver les efforts de prévention.

Au plan du développement de nouvelles missions des services de santé et des services sociaux, c'est le développement de services adaptés aux «besoins» des usagers-ères de drogues qui est visé. En plus de mettre en oeuvre un dispositif d'accompagnement pour ceux qui veulent entreprendre une démarche de désintoxication et d'augmenter la capacité des programmes de traitement de la toxicomanie à répondre à la demande, l'épidémie du VIH exigerait une plus grande adaptation des services de prise en charge des problèmes associés à l'usage de drogues, en particulier auprès de

ceux qui ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter de consommer. Les programmes d'accès à la méthadone et de réinsertion sociale sont les principaux dispositifs prévus dans le cadre de référence. Ils sont présentés comme des programmes qui ont démontré leur efficacité dans la prévention du VIH (réduction des comportements à risque, stabilisation de la situation d'usage de drogues, etc.). De plus, «seules des mesures d'accompagnement en liaison directe avec le milieu pourront fournir aux personnes le soutien dont elles ont souvent besoin pour faire face aux exigences que pose leur intégration à la vie sociale active» (CQCS, 1994, p. 32-33). Autrement dit, ces «nouvelles missions» des services de santé et des services sociaux visent le développement de dispositifs de soutien où les usagers-ères de drogues seront appelés à stabiliser leur situation d'usage de drogues (maintenance à la méthadone) et à entreprendre un parcours vers une vie sociale active.

Les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie proposent un renforcement de ces mesures, soit d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux programmes de maintien à la méthadone et de réinsertion sociale. L'idée d'expérimenter des projets pilotes de programmes à bas seuil d'exigence (maintenance à la méthadone, filières de soins destinées aux usagers-ères de drogues actifs, etc.) dans le but d'inciter les usagers-ères de drogues à stabiliser leur situation d'usage de drogues (non passage à l'injection, réduction de la fréquence de l'usage, etc.) est promue (MSSS, 2001, p. 45-46). Toutefois, c'est une idée qui est apparue dans le secteur de la prévention du VIH et elle repose, comme nous l'avons déjà souligné, sur un modèle médical et psychosocial.

Enfin, au plan de l'adaptation des politiques et des normes sociales, il faut principalement travailler dans une perspective de réduire les obstacles à la prévention, que ce soit au plan du travail de prévention où à celui de la réduction des discriminations

auxquelles font face les usagers-ères de drogues. En effet, si le CQCS considère que la santé de la population résulte d'un ensemble de déterminants (pauvreté, inégalités sociales, etc.), ceux-ci sont présentés comme étant principalement régis par des processus décisionnels des différents systèmes (politique, éducation, socio-sanitaire, etc.). Ce seraient les décisions «administratives» prises dans l'un ou l'autre de ces systèmes qui influencent les «conditions de vie» et les comportements. Le problème serait donc d'ordre systémique et relèverait avant tout du *manque de conscientisation* des gestionnaires à l'égard des effets que leurs décisions ont sur les «conditions de vie» et sur les comportements des usagers-ères de drogues, comme si les «conditions de vie» étaient régies par des logiques ou des processus de gestion rationnelle et pragmatique de la «chose publique».

Ainsi, dans une perspective pragmatique de promotion de la santé, le changement passe par la conscientisation des différents acteurs locaux concernés par la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues, en particulier ceux qui agissent au niveau régional ou local (corps de police, citoyens-nes, services de santé, organismes communautaires, etc.). De plus, si le CQCS espère que la mobilisation des différents acteurs concernés par la problématique du VIH liée à l'usage de drogues permettra d'agir sur les déterminants à l'origine des problèmes, ils préconisent, devant l'urgence d'agir pour contrer l'épidémie du VIH, des actions visant le développement de valeurs sociales (tolérance, droit d'obtenir des services de santé adaptés, etc.) respectueuses des besoins et des droits fondamentaux des usagers-ères de drogues ainsi que des attitudes non discriminatoires à leur égard : «L'adoption d'attitudes non discriminatoires envers les UDI et la reconnaissance de leurs besoins particuliers et de leurs droits fondamentaux sont des objectifs importants qu'il faut poursuivre autant auprès des gestionnaires que du public en général» (CQCS, 1994, p. 34). Bref, si l'on espère que

la mobilisation des différents acteurs permet sur un long terme de réduire les déterminants sociaux néfastes pour la santé, la priorité est accordée à la réduction des discriminations qui s'exercent à l'égard des usagers-ères de drogues⁹⁸.

Dans les orientations ministérielles de prévention de la toxicomanie, la reconnaissance des droits fondamentaux (droits de la personne) et le respect de la personne sont également des principes qui doivent guider les actions auprès des usagers-ères de drogues. Toutefois, les discriminations qui s'exercent à l'égard des usagers-ères de drogues doivent être en soi l'objet de mesures spécifiques dans les plans d'action. En effet, les organisations où sont dispensés les services de santé et les services sociaux sont présentées dans le discours comme des espaces où sont véhiculées des *valeurs* par lesquelles les méfaits associés à l'usage de drogues sont exacerbés, que ce soit par la stigmatisation, la marginalisation, l'exclusion sociale ou la judiciarisation des usagers-

⁹⁸ La mobilisation des différents acteurs concernés par la problématique du VIH auprès des usagers-ères de drogues est présentée dans le discours de prévention en relation avec l'idée que c'est par le partenariat intersectoriel avec les acteurs des autres secteurs qu'il sera possible d'agir sur les différents déterminants de la santé. Comme nous l'avons déjà souligné, nous n'analysons pas dans cette thèse les enjeux liés à cette manière de concevoir l'action de santé publique puisqu'il n'existe pas dans le secteur de la prévention du VIH de véritable projet d'action intersectorielle. Retenons néanmoins que dans le discours de santé publique, l'intersectorialité est généralement conçue dans le cadre d'une logique épidémiologique (épidémiologie sociale) où les dits déterminants sociaux de la santé par exemple sont réduits au statut de simples facteurs de risque d'une part et, où les systèmes (mandat, allocation des ressources, etc.) sont présentés comme un frein à l'autonomie des acteurs locaux, notamment au plan de la marge de manoeuvre dont ils disposent pour harmoniser leur pratique et agir de manière globale d'autre part. Cette manière de concevoir l'action de santé publique fait l'économie des enjeux socio-politiques inhérents aux inégalités de santé au profit d'une logique gestionnaire selon laquelle les problèmes sociaux et de santé seraient principalement conditionnés par les processus administratifs et décisionnels (Lévesque, 2005). On assiste ainsi au même paradoxe à savoir que, malgré le fait que les enjeux politiques «globaux» inhérents à la production de conditions de vie néfastes à la santé sont considérés comme des éléments déterminants, la plupart perçoivent l'intersectorialité sous l'angle d'une logique gestionnaire (a-politique) de mobilisation des acteurs «administratifs» de plusieurs secteurs pour faire face à une problématique quelconque.

ères de drogues. Par conséquent, ces réactions sociales négatives auraient comme effet de renforcer les processus menant au décrochage scolaire, à l'itinérance, à la criminalité et de limiter le recours aux services de santé et aux ressources psychosociales. Il est donc jugé nécessaire d'étendre l'approche de RM à l'ensemble des actions menées auprès des usagers-ères de drogues en observant les principes fondamentaux que sont le respect des personnes et de leurs droits. Le développement de campagnes médiatiques auprès de la population en général visant une meilleure compréhension de la toxicomanie et la promotion d'attitudes non discriminatoires à l'égard des usagers-ères de drogues dans les milieux concernés (écoles, lieux de travail, quartiers, établissements de santé, etc.) et l'implantation de politiques organisationnelles qui préconisent des interventions non stigmatisantes et soucieuses d'éviter l'exclusion sociale sont promues (MSSS, 2001, p. 45-46).

En résumé, ces orientations visent à soutenir l'autonomisation des individus et la mobilisation des populations locales dans la prise en charge des risques. Le développement des capacités des individus est envisagé à travers l'action dans le milieu et la stimulation des motivations des usagers-ères de drogues à faire des choix éclairés pour maîtriser les risques. La création d'un environnement dit favorable consiste essentiellement à rendre accessible le matériel de protection, pour des raisons pratiques, mais également à promouvoir la santé comme valeur fondamentale et l'utilisation des services de santé comme point de départ d'une démarche «vers la santé». La promotion de l'action collective est présentée comme un moyen par lequel il est possible de développer le sentiment d'appartenance des individus à «leur» groupe d'appartenance, à favoriser leur regroupement pour qu'ils se mobilisent dans la gestion des risques, à travers l'entraide, la défense de leur droit, la lutte contre les discriminations, etc. Au plan des missions des services de santé, on vise essentiellement la réduction des

discriminations et le développement de programmes favorisent la stabilisation de la situation d'usages de drogue dans un but de soutenir les individus pour qu'ils entreprennent un parcours vers une vie sociale active ou vers la réinsertion sociale. Enfin, au plan des politiques, on vise surtout la réduction des obstacles à la prévention et des discriminations auxquelles font face les usagers-ères de drogues, particulièrement par la conscientisation des gestionnaires quant aux effets néfastes de leurs décisions sur ces derniers. L'importance des politiques (prohibition, politiques sociales, etc.) qui favorisent la vulnérabilité ou celles nécessaires à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques (cf. chapitre 1) sont exclues du discours.

Bref, le discours de promotion de la santé à travers lequel sont élaborées les stratégies opérationnelles visent, sur la base du renforcement des capacités individuelles et de la réduction des obstacles «environnementaux», à favoriser la stabilisation de la situation d'usage de drogues et l'auto-prise en charge des risques liés à l'existence du VIH. Ainsi, ces stratégies opérationnelles visent la réduction des risques individuels et sont homologues à celles de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, dont nous avons fait état dans le chapitre précédent. Nous verrons maintenant comment elles s'opérationnalisent dans les plans d'action de lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues de la région de Montréal-centre.

6.3.2 Priorisation des interventions régionales destinées aux usagers-ères de drogues

Le premier plan d'action régional de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues développé pour la région de Montréal-centre en 1996 s'inscrit également dans ces grandes orientations nationales (provinciales) où la promotion de la santé

devient au fil du temps le fer de re-lance des actions de santé publique, notamment en matière de prévention du VIH, auprès des usagers-ères de drogues comme auprès des autres groupes jugés à haut risque. Il a été élaboré dans un contexte de régionalisation du système de santé où les DSP de chacune des RRSSS (ou les RRSSS elles-mêmes) se voient confier le mandat d'élaborer des PROS dans différents domaines (VIH, santé mentale, périnatalité, etc.).

Ce plan d'action régional en prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues vise, par le développement d'une approche dite globale dans le discours, à les soutenir afin qu'ils puissent prendre en charge les risques associés à l'existence du VIH et, plus particulièrement, à les inciter à faire des choix responsables à l'égard de leur santé et de celle des membres de leur entourage : «En réduction des méfaits, l'approche globale implique le déploiement d'un spectre de stratégies de prévention et d'intervention qui supporte l'individu dans sa compétence d'exercer des choix, de les responsabiliser vis-à-vis sa santé et celle de son entourage tout en favorisant un environnement propice au changement de comportement» (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 2). Il comporte quatre grands axes stratégiques dont les objectifs sont 1) une plus grande utilisation de seringues neuves par les UDI, 2) une plus grande utilisation des services de santé de première ligne, 3) la création d'un environnement social favorable aux comportements sécuritaires et 4) l'«empowerment» des usagers-ères de drogues (DSP de Montréal-centre, 1997b, p. 4). Les objectifs de ces axes sont présentés comme ceci dans le discours⁹⁹ :

⁹⁹ Il existe différentes formulations de ces axes, mais elles renvoient toutes aux mêmes grandes orientations discursives. Nous retenons pour fin de citation une formulation «révisée» dans l'année qui a suivi l'élaboration du plan d'action et qui est encore utilisé aujourd'hui dans les documents de la DSP de Montréal-centre, comme par exemple dans les documents sur le monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection (Morissette et Leclerc, 2004).

Le premier axe se justifie par le nombre important d'UDI particulièrement de cocaïnomanes à Montréal et l'association entre la consommation de cette drogue et le risque de séroconversion. [...] Le besoin réel pour soutenir le message "Chacun sa seringue, une idée fixe" serait d'environ 3 millions de seringues neuves par année. Il est à noter que cet estimé ne tient pas compte des besoins des héroïnomanes.

Le deuxième axe vise à offrir l'accès sans discrimination à des services adaptés aux UDI en termes de services médicaux et psychosociaux de première ligne, de désintoxication et de réadaptation.

Les troisième et quatrième axes visent à accroître la capacité des UDI à se prendre en main et à développer eux-mêmes des systèmes de support social (DSP de Montréal-centre, 1997b, p. 4).

La création d'un réseau élargi de distribution de matériel de protection (organismes communautaires/PES, pharmacies, CLSC, «outreach») près des lieux de fréquentation des usagers-ères de drogues vise à rejoindre le plus grand nombre d'usagers-ères de drogues dans la région et inciter ceux-ci à utiliser du matériel stérile à chaque injection. De plus, pour la DSP de Montréal-centre, l'efficacité des PES (ou l'échange de seringues) repose sur la capacité d'établir un pont entre les usagers-ères de drogues et l'ensemble des services de réduction des méfaits, de manière à susciter leur engagement vers une prise en charge de leur santé (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 5). La distribution du matériel de protection est considérée comme une stratégie efficace non seulement pour rejoindre les usagers-ères de drogues et leur fournir le matériel de protection, mais comme stratégie de premier contact représentant le point de départ d'un maillage vers la référence aux soins et aux services de santé (DSP de Montréal-centre, 1996, 2002b). Elle constitue le point de départ d'un continuum de services visant à

réduire les risques en favorisant *l'engagement* des usagers-ères de drogues dans une démarche ou un parcours de prise en charge de leur santé :

Les résultats obtenus ailleurs, particulièrement en Australie, au Royaume-Uni, en Suisse et dans les Pays-Bas, démontrent qu'une approche intégrant de multiples stratégies complémentaires diminue les risques liés à la pratique intraveineuse et aux rapports sexuels non protégés mais aussi engagent les toxicomanes vers une prise en charge de leur santé, en particulier vers l'abandon de leur toxicomanie (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 3).

Le deuxième axe du plan d'action est pensé dans cette logique. Le développement d'une programmation intégrée de services médicaux et psychosociaux adaptés (bas seuil d'exigence ou haut seuil de tolérance) vise la *réduction des discriminations ou autres obstacles* jugée essentielle pour entreprendre une démarche (parcours) vers la réadaptation sociale, la stabilisation des situations d'usage de drogues ou la réduction des comportements à risque.

Enfin, le troisième et le quatrième axes visent le *développement de l'autonomie* des usagers-ères de drogues en agissant à la fois sur le renforcement des capacités individuelles (connaissance, habiletés, compétences, estime de soi, etc.) de gestion des risques et sur la *mobilisation* ou l'«*empowerment*» des usagers-ères de drogues afin qu'ils prennent *eux-mêmes* en charge leur santé et leurs «conditions de vie».

Les termes de mobilisation et d'«empowerment» et aussi d'action communautaire sont utilisés de manière interchangeable dans le discours, bien qu'ils sont porteurs d'une signification précise selon le contexte d'énonciation. En effet, le développement communautaire peut créer un environnement social propice à la mobilisation des

usagers-ères de drogues et à l'«empowerment» de ceux-ci (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 4). Des stratégies comme l'éducation par les pairs, l'approche réseau et l'«empowerment» sont de plus en plus expérimentées par les organismes communautaires afin de mobiliser les usagers-ères de drogues et les membres de leur environnement local dans la prise en charge des problèmes de santé qu'ils rencontrent (DSP de Montréal-centre, 1997b). De même, parmi les stratégies de RM jugées efficaces pour l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires, les interventions qui favorisent l'«empowerment» et le développement de réseaux d'appartenance supportant favorisant l'adhésion à de nouvelles normes sociales (de santé) chez les usagers-ères de drogues, particulièrement au plan de l'usage systématique de matériel d'injection stérile et à celui de la récupération des seringues à la traîne dans le milieu (DSP de Montréal-centre, 1997b, p. 13). Plus récemment, les stratégies d'«empowerment» sont présentées comme des «stratégies qui cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'intervention adaptées» (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 5).

En quelques mots, la planification régionale en matière de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues de Montréal s'inscrit, dans ses grandes lignes, dans les mêmes directions que celles du cadre de référence sur la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues du CQCS (CQCS, 1994) et des orientations ministérielles en matière de lutte contre la toxicomanie (MSSS, 2001), elles-mêmes étroitement reliées aux grandes orientations de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, dont nous avons fait état dans le chapitre précédent. La principale différence est l'accent mis au fil du temps sur l'idée d'«empowerment». En cela elle s'inscrit, comme nous l'avons déjà souligné, dans le même type d'évolution que la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

L'énoncé suivant synthétise bien la logique d'ensemble à travers laquelle sont définies les priorités régionales et montrent comment elles visent la mise en oeuvre de stratégies d'intervention axées sur le développement de l'autonomie des usagers-ères de drogues et de leurs groupes d'appartenance de même que la mobilisation des acteurs de l'environnement (milieu de vie) dans la prévention du VIH.

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, la simple diffusion d'information ne suffit pas en soi à faire modifier les comportements, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de comportements reliés à la sexualité ou à la consommation des drogues. La DSP encourage le développement d'interventions qui mettent l'accent sur le développement des habiletés et des compétences des individus afin que ceux-ci puissent prendre en mains leur propre santé ainsi que sur les modifications des normes sociales et des autres conditions du milieu de vie qui influencent les comportements associés à la transmission du VIH. Les interventions centrées exclusivement sur la diffusion d'information ou le développement d'outils ou d'activités de sensibilisation ne seront pas admissibles. Plus concrètement, nous faisons appel aux :

- . stratégies qui rejoignent, dans leur milieu de vie, les populations particulièrement difficiles à atteindre;
- . stratégies qui font appel à des pairs et à d'autres agents multiplicateurs pour accroître l'acceptabilité et les retombées des interventions;
- . stratégies qui permettent d'accroître les connaissances, les compétences individuelles et la confiance des groupes d'appartenance à maîtriser les facteurs extérieurs qui viennent influencer la santé des personnes;
- . stratégies qui cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'intervention adaptées à savoir, les stratégies «d'empowerment»;
- . stratégies qui visent la réduction des méfaits;
- . enfin, considérant que l'efficacité des interventions de prévention augmente lorsque celles-ci portent sur plusieurs catégories de déterminants à la fois, tant au niveau de l'individu que de son

environnement (milieu de vie), les projets qui combinent des interventions favorisant le renforcement du potentiel des individus, qui visent à créer un environnement social propice aux comportements sécuritaires et qui offrent un bon soutien aux personnes, seront souhaitables (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 5-6).

Comme nous le verrons dans la prochaine section, ce sont ces stratégies qui sont à la base du contrat de partenariat hiérarchique entre les organismes communautaires et les autorités de santé publique de la région de Montréal-centre. Elles sont non seulement porteuses de choix d'activités ou d'interventions de prévention spécifiques, mais elles ont certainement un effet structurant sur la pratique concrète d'implantation ou de mise en oeuvre des programmes ou des projets d'intervention sur le terrain, en particulier dans les organismes communautaires.

Cet énoncé montre que la problématisation de l'exposition au VIH réalisée dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et les grandes orientations prises en matière de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues (RM, promotion de la santé, etc.) dans le cadre de référence du CQCS de 1994 se traduisent dans la planification régionale de prévention du VIH dans Montréal-centre, en particulier au plan des stratégies d'intervention admissibles aux fins de financement.

D'une part, les autorités de santé publique de la région de Montréal-centre considèrent, comme la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, que la diffusion d'information et les activités de sensibilisation ou d'éducation sanitaire sont insuffisantes pour modifier les comportements reliés à la sexualité ou à l'usage de drogues. La DSP ne reconnaîtra comme admissibles que des stratégies qui visent le renforcement du potentiel des individus (habiletés, compétences, confiance, etc.), la

modification des normes sociales et des conditions du «milieu de vie» qui conditionnent les comportements à risque. Ainsi, le changement de comportements est toujours l'objectif ultime des actions admissibles et l'action sur l'environnement est également toujours présentée selon une logique d'amélioration des «situations de vie», principalement la création d'un univers normatif conforme aux normes de prévention de la santé publique centrées sur l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.

D'autre part, les stratégies d'intervention admissibles doivent viser le développement de l'autonomie dans la prise en charge de la santé, en rejoignant les populations difficiles à atteindre par les campagnes de prévention dans leur milieu de vie, en mobilisant les pairs et autres agents multiplicateurs dans l'adhésion aux messages de prévention, en favorisant l'accroissement de l'estime de soi (compétences, confiance, etc.) des individus dans la maîtrise des «facteurs de risque» pour la santé et en soutenant l'implication et l'habilitation («empowerment») dans le développement et l'implantation d'interventions de prévention. Les stratégies d'intervention qui portent à la fois sur le développement de l'autonomie des individus et sur la réduction des obstacles «environnementaux», voire sur l'interaction individu-environnement sont jugées souhaitables, pour reprendre ici le terme exact utilisé dans cette rhétorique de santé publique.

Bref, le travail d'«outreach» ou de proximité, l'accès aux services de maintien à la méthadone, le travail sur l'estime de soi (confiance, compétences, etc.) et l'«empowerment» sont, au plan pratique, les principales interventions priorisées pour soutenir le développement de l'autonomie des usagers-ères de drogues dans la prise en charge de leur santé et, plus spécifiquement, des risques d'infection par le VIH. Nous discutons maintenant des enjeux liés à ces types d'interventions en les situant par

rapport aux écrits qui retracent leur contexte historique d'apparition et les enjeux qu'ils soulèvent au plan de la régulation sociale

6.3.3 Synthèse et discussion

Nous venons de voir que les discours de promotion de la santé par lesquels sont élaborées les stratégies opérationnelles des cadres de référence et priorisées les actions de prévention auprès des usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre visent, dans leurs grandes lignes, l'autonomisation des usagers-ères de drogues à l'égard du risque que représente le VIH pour eux-mêmes, les membres de leur réseau social et la société en général. Les actions priorisées sont le travail d'«outreach» ou de proximité, l'accès aux services de maintien à la méthadone, le travail sur l'estime de soi (confiance, compétences, etc.) et l'«empowerment». On discute ici des enjeux que ces interventions soulèvent au plan de la régulation sociale en les situant dans leur contexte historique d'apparition, notamment en relation avec les transformations des modes de régulation sociale dans la société contemporaine.

Les écrits sur le travail de proximité auprès des personnes marginalisées (prostitution, jeunes de la rue, etc.) montrent que celui-ci serait rendu possible par ce qu'il est convenu d'appeler dans le milieu de la pratique l'établissement d'un *lien de confiance* ou un lien significatif favorisant l'expérience d'un autre mode relationnel que celui qu'ils ont souvent vécu dans leur histoire (Duval et Fontaine, 2000). Plus précisément, il s'agirait d'un mode d'intervention axé sur l'acceptation des usagers-ères tels qu'ils sont (devenus) et du respect de leurs choix en matière d'usage de drogues notamment. Pour Bastien *et al.* (2001), le mode de pensée des travailleurs-es de proximité se caractériserait par l'ouverture envers les autres et surtout envers les exclus.

L'*empathie* et l'*altérité* constitueraient les principes de base sur lesquels repose la pratique du travail de proximité ou d'«*outreach*».

L'objectif visé par le travail de proximité est de créer un espace favorable à la formulation de demandes (d'aide, de soins, de prise en charge, etc.) de même qu'un espace où il est possible d'intervenir pour «leur redonner» une capacité de s'inscrire dans une évolution ou une trajectoire. Ainsi, malgré le fait que ces principes (identification à l'autre, idée «d'être autre», «de se faire autre», etc.) soulèvent un certain nombre de questions et d'enjeux éthiques pour les intervenants-es qui travaillent auprès de populations qui «participent» à l'économie du marché illicite des drogues, les interventions de proximité viseraient à ouvrir l'espace (lien de confiance, de confiance, etc.) nécessaire au déploiement d'interventions visant la mobilisation et la canalisation du potentiel (forces, ressources, compétences, motivations, etc.) des individus les plus marginalisés et les plus précarisés vers des objectifs de re-prise en charge de leur situation de vie et, plus précisément, d'entreprendre un parcours vers l'amélioration des situations de vie favorables à la santé ou à la réduction des risques. Il ne s'agit pas ici d'agir dans une perspective de réduire les conditions de vulnérabilité selon une logique de droits sociaux, mais selon une logique d'auto-réalisation de soi, de les inciter à se reprendre en main et à entreprendre un parcours vers l'insertion sociale ou la stabilisation de leur situation de vie.

Les programmes de substitution ou de maintenance à la méthadone ont été développés en Europe au milieu des années 1980 pour faire face au danger d'épidémie du VIH (Perreault *et al.*, 2001). À Montréal, c'est en 1986 que les autorités de santé de l'époque créent et confient le mandat au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN) de mettre en oeuvre un programme de méthadone destiné aux héroïnomanes. D'autres programmes apparaîtront au cours des années 1990, comme le programme de

désintoxication ambulatoire avec méthadone de l'Unité de toxicomanie de l'Hôpital Saint-Luc (1992), un réseau de médecins prescripteurs à Montréal (1992) et la création d'un nouveau centre de traitement à la clinique Herzl de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Ce n'est toutefois qu'en 1999 que le premier programme à *bas seuil d'exigence* au Canada (Relais-Méthadone) a été créé et financé par le CQCS (Perreault *et al.*, 2002).

L'objectif de Relais-Méthadone est de rejoindre les usagers-ères de drogues les plus précarisés qui n'ont pas nécessairement un objectif d'abstinence et une capacité d'assiduité au traitement, de favoriser l'accès au traitement à la méthadone et aux divers services de santé, dont les centres spécialisés en toxicomanie (CRAN, Unité de toxicomanie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et Clinique Herzl de l'Hôpital Général Juif) ou les médecins de première ligne (clinique privée, CLSC). Le but visé par le programme est l'amélioration de l'état bio-psycho-social des personnes dépendantes des opiacés. On souhaite ainsi réduire les risques d'infection par le VIH. Les objectifs spécifiques sont : 1) faciliter l'accès à la méthadone, 2) offrir des soins de santé de première ligne, 3) proposer un suivi bio-psycho-social, 4) favoriser l'utilisation des services des réseaux communautaires, de santé et de services sociaux, 5) réduire les problèmes sociaux vécus par cette clientèle et associés à l'usage de drogues, 6) habiliter les personnes à modifier leurs comportements à risque et 7) planifier un transfert vers d'autres ressources selon les besoins du client (Perreault *et al.*, 2001).

La spécificité de ce programme par rapport aux autres programmes d'intervention destinés aux usagers-ères de drogues est la prescription de méthadone, sans exiger l'abstinence. C'est un programme à bas seuil d'exigence ou à haut seuil de tolérance. La méthadone est un analgésique opioïde synthétique qui, lorsqu'elle est bien dosée, ne

provoque pas d'effets euphoriques ou de somnolence. Elle peut aussi bloquer les effets d'autres opiacés consommés concurremment. La stabilisation de la situation d'usage de drogues (réduction de l'usage, changement de mode de consommation, sevrage, etc.) par la méthadone peut avoir comme effet de favoriser la sortie des réseaux sociaux marginalisés.

Bref, comme par le travail de proximité, les programmes de méthadone à bas seuil d'exigence visent à travailler sur l'individu de manière à stabiliser sa situation d'usage de drogues dans un objectif de développement du potentiel d'auto-réalisation de soi et de re-prise en charge de sa vie. Ils ne confèrent aucun bénéfice social particulier (travail à bas seuil d'exigence par exemple), sinon que l'offre de services dits plus adaptés à la réalité des usagers-ères de drogues les plus précarisés, dans un objectif de soutien à l'exercice d'un travail sur soi.

Le travail sur le développement de l'estime de soi est également un type d'intervention privilégié dans le travail de proximité ou d'«outreach» destiné aux usagers-ères de drogues, du moins dans la région de Montréal-centre (Lévesque *et al.*, 2001; Laperrrière *et al.*, 2004). Ce type d'intervention, généralement centré sur l'idée que les individus sont en développement continu, est perçu depuis quelques décennies comme un moyen de développement de leurs capacités ou de leur potentiel à faire face aux contraintes de la vie sociale.

Dans un livre intitulé *Self-esteem : the new revolution*, James Battle (1990) présente la construction de l'estime de soi comme une «révolution» dans le domaine de la connaissance en psychologie, en particulier au plan du rôle joué par celle-ci dans la vie de tous les êtres humains. Pour l'auteur, si l'estime de soi est une des dimensions que l'on retrouve dans les écrits en psychologie, c'est à partir des années 1950-1960 que

les psychologues s'y intéressent davantage (notamment dans la psychologie humaniste). C'est toutefois au cours des années 1970-1980, en période de «crise» (économique, financière, etc.) et de réinterrogation des politiques de protection sociale, que les travaux sur l'estime de soi prennent de l'ampleur et que celle-ci devient un intérêt pour les professionnels, les politiciens et le public. À titre d'exemple, il mentionne que, sous l'influence de John Vanconcellos, membre de l'assemblée de l'État de la Californie, le gouvernement de la Californie adopta une législation sur la formation d'un groupe de travail ayant pour mandat de déterminer la signification que peut revêtir le rehaussement de l'estime de soi de tous les Californiens. Ce mouvement aurait été suivi par huit autres États de l'Union dans l'objectif de rehausser l'estime de soi de tous leurs résidents-es. De plus, l'intérêt pour l'estime de soi se répandrait dans plusieurs programmes, tant au niveau de l'État que dans les programmes mis de l'avant à un niveau local. Battle décrit cette «révolution» comme ceci :

Perhaps one of the most important revolutions in the field of education and mental health has begun. Namely, the self-esteem revolution. The importance of this force is summarized by Assemblyman, John Vanconcellos, in Resolution number 65 in which he stated «The epidemics of violence, drug abuse, teen pregnancy, child abuse, chronic welfare dependency, and educational failure threaten to engulf our society, and it appears that self-esteem may be our best hope for a preventive vaccine to develop an immunity to these and other self-destructive behaviors» (Battle, 1990, p. 6).

Malgré le fait qu'il existe plusieurs approches en psychologie¹⁰⁰ à travers lesquelles le concept d'estime de soi est utilisé et défini de manière différente, un

¹⁰⁰ Selon Mruk (1995), les principales approches où le concept d'estime de soi est utilisé en psychologie sont l'approche psychodynamique, l'approche socioculturelle, le behaviorisme, la psychologie humaniste et la psychologie cognitive-expérientielle.

consensus semble se dégager à l'effet que la majorité des chercheurs-es et des intervenants-es le définirait comme la perception qu'un individu a de lui-même et de l'appréciation qu'il fait de sa propre valeur (Martinot, 1995; Battle, 1990; Wells et Marwell, 1976), indépendamment de l'importance du regard des autres : un individu peut avoir une perception négative de lui-même alors que les autres peuvent porter un regard positif sur lui et vice versa. L'estime de soi constitue en ce sens une évaluation ou un jugement de valeur que porte l'individu sur lui-même. De plus, il est considéré dans les écrits en psychologie comme un facteur qui agit sur tous les aspects de la personne (mode de pensée, motivations, émotions, comportements, etc.) et de l'existence humaine (rapport au travail, aux relations amoureuses, à la sexualité, etc.). L'estime de soi constituerait la principale force à travers laquelle se construit notre rapport à l'existence, une estime de soi négative engendrait une évaluation négative de soi-même ainsi que des conduites inadaptées alors qu'une évaluation positive de soi-même engendrait des conduites d'adaptation à l'environnement.

Si ces grands principes sont au coeur des différentes théories sur l'estime de soi en psychologie, l'approche humaniste¹⁰¹ développée par Nathaniel Branden¹⁰² dans les

¹⁰¹ Soulignons ici que l'approche humaniste est omniprésente dans les organismes communautaires de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues, du moins à Montréal (Lévesque *et al.*, 2001; Laperrière *et al.*, 2004; Bastien *et al.*, 2001) Cette posture est sans doute liée à plusieurs variables, comme la formation des intervenants-es, le rapport de ceux-ci aux usagers-ères de drogues, etc. Mais on peut présumer que, confrontés à des situations de précarité sociale extrême et en l'absence de moyens pour y répondre, les intervenants-es n'ont d'autre choix que d'agir sur la base d'une profonde empathie envers les plus défavorisés.

¹⁰² Selon Mruk (1995), Nathaniel Branden serait, dans l'approche humaniste, un des auteurs-es les plus prolifiques et les plus lus sur l'estime de soi. Ses travaux seraient largement influencés par la philosophie objectiviste de Ayn Rand qui défend la vertu d'égoïsme fondée sur la raison et la conscience. Cette philosophie aurait, selon Marc Grunert du Cercle Hayek de Strasbourg, renouvelé radicalement la pensée libérale contemporaine.

années 1960 se différencie considérablement des autres approches, notamment de l'approche psychoanalytique et du behaviorisme. En effet, selon Mruk (1995), Branden est le premier à définir l'estime de soi dans les termes de dignité ou de mérite («worthiness») et de compétence. Il voit l'estime de soi comme un élément inhérent à la vie humaine et un besoin de base par lequel l'homme peut développer ses compétences. Toutefois, selon cet auteur, l'homme ne naît pas avec la connaissance qu'il devra satisfaire ce besoin. Il doit apprendre à le satisfaire à travers l'apprentissage et l'exercice des facultés humaines comme la raison, l'exercice des choix et de la responsabilité. Cela signifie qu'il doit vivre rationnellement, prendre conscience de ses capacités et agir en conformité avec ses valeurs fondamentales. Le fait de reconnaître qu'il est une personne à part entière, ayant droit au bonheur, à la réussite, etc. constitue le point de départ «obligé» du développement de l'estime de soi et des compétences, des capacités d'agir.

Dans cette perspective, le sujet humain est construit comme un être de raison, en développement continu. De plus, l'estime de soi serait l'élément moteur sur lequel ce développement est possible et par lequel la personne peut arriver à une maîtrise de soi, c'est-à-dire à développer une capacité d'apprendre, de faire des choix, de prendre ses responsabilités, d'être créatif. Une faible estime de soi mène *a contrario* à l'incapacité de faire des choix, de s'assumer, de se prendre en main et, par conséquent, à l'adoption de comportements destructeurs pour soi ou pour autrui, comme l'usage de drogues ou d'alcool, l'adoption de comportements à risque pour sa santé, les tendances et comportements suicidaires, etc.

Comme le souligne Mruk (1995), une des principales contributions de l'approche humaniste de Branden par rapport aux autres théories psychologiques sur l'estime de soi est la construction de l'estime de soi comme un problème personnel, et non seulement

comme un problème social ou un problème de développement. Un deuxième apport est, selon Mruk, que Branden pose la question de l'estime de soi comme un élément de la vie en développement continu, l'adulte comme l'enfant étant un être sous-développé en perpétuel développement. Cette théorie centrée sur la personne rappelle que nous sommes maintenant et pour toujours des participants actifs et les principaux acteurs dans le développement ou la perte de l'estime de soi. Cette dernière ne serait pas acquise une fois pour toute, mais plutôt un élément qu'il faut gérer pendant toute sa vie.

Travailler ou intervenir sur l'estime de soi signifie dans cette perspective vouloir donner à l'individu l'ingrédient de base nécessaire au développement de son autonomie personnelle, notamment au plan de la gestion quotidienne des contraintes auxquelles il doit faire face, comme les risques sociaux et sanitaires par exemple. On assiste ainsi à une psychologisation du rapport de soi à soi. Un des principaux problèmes posés par une telle conception de l'estime de soi est que le rapport de soi à soi est construit en dehors de toute référence à la place occupée par les individus dans l'espace social. Elle réduit par le fait même la portée de la réflexion et de l'intervention aux caractéristiques intrinsèques des individus (traits de personnalité, attitudes, comportements, etc.), alors que fondamentalement le rapport à soi ou l'identité sociale des individus se développe ou se construit toujours de manière relationnelle (Dubar, 2000; Bourdieu, 1979).

Les écrits (McCubbin *et al.*, 2003; Damant *et al.*, 2001; Breton, 1999; Dallaire et Chamberland, 1996; Ninacs, 1995; Grace, 1991)¹⁰³ montrent que le recours au concept d'«empowerment» a connu une popularité grandissante à partir des années 1980 et, en

¹⁰³ Il existe un nombre impressionnant d'écrits sur l'«empowerment». Nous n'avons retenu ici ces quelques textes parce qu'ils font tous une synthèse des écrits des principaux auteurs-es sur l'«empowerment» et parce qu'ils présentent une lecture de ces écrits adaptée au contexte de l'intervention sociale telle qu'elle se pratique au Québec.

particulier, dans les années 1990. Ce phénomène serait relié à l'accroissement du nombre de personnes vivant dans des situations de précarité sociale et à une volonté de la part des milieux de l'intervention sociale de trouver une solution de rechange à l'inefficacité des modèles d'intervention classiques centrés sur la prise en charge clinique des difficultés rencontrées par certains individus. Plus précisément, l'idée générale autour de laquelle se développe cette popularité grandissante peut être résumée comme ceci : les interventions classiques visent à porter assistance aux personnes rencontrant des difficultés, mais elles ne permettent pas leur émancipation ou leur affranchissement par rapport aux différents pouvoirs qui compromettent leur autonomie comme personne ou comme collectivité, sur différents plans : médical, psychologique et social. Par exemple, pour Dallaire et Chamberland (1996), l'approche d'«*empowerment*» favorise le dépassement du modèle technocratique d'intervention qui réduit l'usager-ère à un consommateur passif vers un modèle qui vise l'action citoyenne de la personne, la responsabilité envers elle-même et son environnement.

Dans cette perspective, malgré le fait que le concept d'«*empowerment*» est un concept polysémique, relevant de plusieurs paradigmes,¹⁰⁴ d'un nombre important de

¹⁰⁴ Dans sa recension des écrits, Dominique Damant fait ressortir trois paradigmes sur lesquels s'appuient les interventions visant l'«*empowerment*», soit le paradigme technocratique («*empowerment*» individuel), le paradigme écologique («*empowerment*» communautaire) et le paradigme structurel («*empowerment*» collectif ou politique). Dans le paradigme technocratique, les interventions portent surtout sur le développement du potentiel des individus à faire face aux problèmes rencontrés. Le paradigme écologique tient compte de la relation entre l'individu et son environnement immédiat. Si l'influence des rapports sociaux inégaux est reconnue, l'intervention vise surtout à diminuer l'impact négatif qu'ils ont, par la création d'espaces locaux de négociations. Dans le paradigme structurel, le pouvoir s'inscrit dans les rapports sociaux inégaux. L'«*empowerment*» vise l'action politique axée sur le changement des mécanismes producteurs des inégalités (Damant *et al.*, 2001). Soulignons toutefois que, dans ces trois paradigmes, l'«*empowerment*» n'est pas conceptualisé comme une composante intégrante des rapports sociaux (nature relationnelle du pouvoir), ni comme la construction d'un contre- (à suivre...)

disciplines (psychologie, éducation, service social, médecine préventive, relations industrielles, sciences infirmières, etc.) et d'approches différentes d'intervention (conscientisation, éducation populaire, organisation communautaire, etc.), une convergence semble se dessiner à l'effet que les interventions d'«*empowerment*» visent le développement de l'autonomie des personnes et des collectivités locales et, plus précisément, leur transformation en sujet individuel ou collectif¹⁰⁵. On dira par exemple que l'«*empowerment*» vise à aider les individus ou les collectivités à prendre en main leurs affaires, à combattre leur sentiment d'impuissance, à devenir maître de leur propre destin, à se réapproprier le pouvoir thérapeutique, à agir en personne citoyenne active et responsable, etc. Pour Ninacs,

[...] l'empowerment correspond à un point de convergence des philosophies axées sur l'idée que les individus et les collectivités doivent avoir un mot à dire dans les décisions qui les concernent. L'exercice du pouvoir dans ce sens, c'est-à-dire celui qui permet d'augmenter le degré de contrôle sur soi-même et sur son environnement, et donc d'influencer son propre destin, est central dans un nombre croissant de théories et de pratiques dans des champs aussi divers que la psychologie communautaire, la santé publique et le développement économique, tant alternatif que communautaire (Ninacs, 1995, p. 87).

¹⁰⁴(...suite)

pouvoir, mais comme une substance, c'est-à-dire comme quelque chose qui s'acquiert par la conscientisation, le développement des compétences, la participation, etc. et qui permet le développement de l'autonomie, comme si ce développement était réalisable en dehors des rapports sociaux.

¹⁰⁵ Par ailleurs, le terme «*empowerment*» se traduit, selon l'Office de la langue française, par *appropriation de ses pouvoirs* ou par *accession à l'autonomie* (Damant *et al.*, 2001).

Ainsi, l'objet de l'«empowerment» consiste à augmenter le pouvoir personnel ou interpersonnel des personnes, des familles ou des «communautés», de façon à ce qu'elles puissent elles-mêmes améliorer leur situation (McCubbin, 2003; Damant *et al.*, 2001).

S'il existe différents discours sur les stratégies à mettre en oeuvre dans une démarche d'«empowerment», tous semblent s'entendre qu'il s'agit d'un processus dynamique (non linéaire) composé de plusieurs étapes. Pour Rappaport, un des auteurs-influent en psychologie communautaire, l'«empowerment» est défini comme un processus par lequel les personnes, les organisations et les «communautés» deviennent maître de leurs propres affaires (Daman *et al.*, 2001). Pour Ninacs (1995), ce processus comporterait au moins quatre grandes dimensions, soit la participation dans des organisations de type communautaire, le développement de compétences techniques, le développement d'une estime de soi positive et le développement d'une conscience critique face à son environnement, nécessaire à l'action politique. Toutes ces composantes du processus d'«empowerment» seraient interreliées entre elles et cette interrelation aurait un effet de renforcement réciproque sur la personne et son groupe ou réseau social d'appartenance.

Le processus d'«empowerment» consisterait alors en une activité auto-réflexive par laquelle les personnes développent, à travers la participation à des organisations, leur potentiel (compétences et estime de soi), prennent collectivement conscience de leur réalité (problèmes vécus, dimension collective du problème, conditions à l'origine des problèmes, etc.) et tentent d'y trouver des solutions. S'il existe une différence dans les écrits entre l'«empowerment» individuel et l'«empowerment» collectif ou communautaire, c'est dans la relation (dynamique) entre l'individu et son groupe d'appartenance (ou son environnement social immédiat) que le processus

d'«empowerment» se développe, dans cette interface caractérisée par l'intersubjectivité. Le groupe, la «communauté locale», les réseaux sociaux locaux, etc. constituent dans cette perspective le point d'ancrage de toute intervention visant l'«empowerment». Selon Ninacs, «une approche d'empowerment voit une collectivité comme une chaîne. Puisqu'une chaîne est aussi forte que son maillon le plus faible, l'empowerment propose le développement d'un milieu par l'augmentation de la force de ses membres les plus fragiles» (Ninacs, 1995, p. 87).

Comme nous l'avons vu ci-dessus, si le travail sur l'estime de soi vise à agir sur le rapport de soi à soi, les interventions d'«empowerment» visent quant à elles le soi relationnel, c'est-à-dire le développement du potentiel d'auto-réalisation des personnes à travers leur participation à la vie sociale communautaire et à la mobilisation citoyenne. Le travail sur l'estime de soi constituerait en ce sens une condition de base nécessaire au processus d'«empowerment».

Dans cette perspective, l'approche de promotion de la santé favorise le développement de programmes d'intervention orientés vers l'atteinte d'objectifs de gestion des contraintes sociales et sanitaires par les acteurs locaux, y compris les usagers-ères de drogues et les acteurs du milieu. La pénétration des milieux de vie par la création de ressources de proximité (PES, «outreach») pour susciter des demandes (d'aide, de soutien, etc.) et une incitation à entreprendre un parcours vers une vie sociale active, le développement de programme de méthadone visant la stabilisation de la situation d'usage de drogues, la primauté accordée à la personne et à la dynamisation de soi (estime de soi) ainsi que la création d'espaces «artificiels» de sociabilité («empowerment» centré sur le groupe) sont les principales techniques d'intervention déployées pour favoriser le développement personnel des usagers-ères de drogues, réduire les obstacles «environnementaux» auxquels ils sont confrontés et, par

conséquent, pour les inciter à se prendre en main, notamment à l'égard des risques sociaux et sanitaires auxquels ils sont confrontés.

Ainsi, l'autonomie devient un impératif inscrit au sein même des dispositifs étatiques de régulation sociale. Ceux-ci visent en quelque sorte à transformer les individus en sujets actifs, à travers le soutien à leur auto-organisation dans l'espace local. Il ne faut pas négliger le fait que, si la revendication à l'autonomie provient en partie des acteurs locaux eux-mêmes (principalement des élites locales de santé publique et des organismes communautaires qui prétendent représenter les usagers-ères de drogues), ces techniques font partie intégrante des orientations stratégiques, des plans d'action et de programmation et remplissent par conséquent une fonction de régulation politique axée sur l'autonomisation (injonction à l'autonomie). On assisterait donc dans la société contemporaine à une nouvelle forme de bio-pouvoir centré sur la demande d'autonomie. On verra dans la prochaine section comment les règles qui régissent les relations de partenariat entre les instances étatiques de santé publique et les organismes communautaires encadrent la nature des actions admissibles au financement en ce sens.

6.4 Concertation et partenariat comme mécanismes de mobilisation des acteurs locaux¹⁰⁶

Comme nous l'avons montré au chapitre précédent, la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH a cherché à obtenir l'adhésion des groupes à risque à la prévention des risques individuels en soutenant les initiatives locales ou en créant des organismes communautaires chargés de dispenser les activités de prévention à proximité de leurs milieux de vie. De plus, comme nous venons de le souligner dans la section précédente, le développement du potentiel d'autonomie des acteurs locaux dans la gestion du risque d'infection par le VIH est le moyen par lequel les cadres de références du MSSS et les plans d'action régional de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre tentent d'exercer un contrôle sur le développement de l'épidémie. Dans ces conditions, la mobilisation des acteurs locaux a été prise comme cible de la planification et a constitué au fil du temps le moyen par lequel les agences de santé publique ont tenté de favoriser leur adhésion et leur participation à la prévention des risques individuels ou, plus largement, leur responsabilisation dans la lutte contre l'épidémie du VIH et la protection de la santé publique.

Le cadre de référence du CQCS sur la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues a été élaboré en 1994 dans un contexte de régionalisation du système de santé et des services sociaux. La régionalisation visait à favoriser le développement de PROS adaptés aux besoins des régions et à favoriser la concertation dans la prise en

¹⁰⁶ Est retenu ici que le partenariat établi avec les organismes communautaires qui sont les principaux organismes à dispenser des services de prévention en allant directement dans les lieux de fréquentation (rue, piqueries, milieu criminalisé, etc.) des usagers-ères de drogues les plus précaires. Cela est justifié du fait que ce sont les nouvelles ressources créées pour faire de la prévention auprès de cette population, les autres ressources comme les pharmacies, les CLSC, etc. existaient déjà et ont intégré la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues à l'intérieur de leur programmation existante.

charge par les différents acteurs régionaux et locaux des problèmes de santé, notamment par les organismes communautaires qui sont alors considérés comme des partenaires pouvant contribuer de manière importante à l'amélioration de la santé des populations.

Ainsi, c'est selon une logique de concertation que sera abordée dans ce cadre de référence la question de l'adhésion et de la participation des acteurs locaux à la prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues. En effet, afin d'assurer le développement et l'implantation d'interventions de prévention les plus adaptées aux réalités des régions (priorités régionales) et aux besoins des usagers-ères de drogues, le CQCS entend favoriser la *concertation locale et régionale* et la *participation*, en particulier avec les acteurs ou les ressources provenant de la «communauté». L'objectif visé à l'époque (1994) par la concertation est la mise en relation des différentes ressources concernées par cette problématique dans le but de favoriser la création d'un réseau intégré et complémentaire de services. De plus, dans les régions où existent déjà des programmes de prévention (comme dans Montréal-centre), la concertation devrait s'appuyer sur l'expertise locale développée avant la régionalisation (projets pilotes, programmes développés par les DSC de l'époque, etc.) et prévoir la collaboration des organismes déjà actifs dans le milieu (CQCS, 1994, p. 35).

Le CQCS se propose d'encourager et de soutenir activement la mise en oeuvre d'actions préventives dans l'ensemble des régions du Québec. Ces actions doivent résulter d'un travail de concertation et d'une démarche participative associant des intervenantes et intervenants de la santé, des services sociaux, de la sécurité publique ainsi que les autres ressources de la communauté intéressés par la question de la toxicomanie et de la prévention de l'infection par le VIH. Une étroite collaboration avec les intervenantes et intervenants engagés dans les plans régionaux d'organisation de services en toxicomanie sera particulièrement utile. [...] Il appartiendra aux régies régionales d'orchestrer le processus de concertation et de s'assurer de la mise en oeuvre de projets dans leur région. Le mandat d'exécution

et la responsabilité administrative des projets seront, quant à eux, confiés aux établissements et organismes qui, du point de vue des partenaires régionaux, sont les plus aptes à réaliser les objectifs visés compte tenu de leurs ressources, de leur expertise et de leur situation géographique. Dans les régions où existent déjà des programmes de prévention du VIH, les projets devront être conçus en tenant compte des particularités de l'expertise locale. De plus, ils devront prévoir la collaboration des organismes déjà actifs dans le milieu (CQCS, 1994, p. 34-35).

Le processus de concertation doit dans cette perspective s'appuyer sur la localisation des groupes à risque dans la région, l'identification de sous-groupes cibles prioritaires, le développement de programmes d'intervention qui s'inscrivent dans les grands objectifs du cadre de référence et la mise en oeuvre, en collaboration avec les différents partenaires locaux et régionaux, des dispositifs nécessaires pour agir dans leurs «milieux de vie». Le défi consiste, selon le CQCS, à faire mieux avec les ressources (rares) disponibles, les succès se mesureront au nombre et au dynamisme des contacts entre les différents acteurs que la problématique drogues et VIH interpelle (CQCS, 1994, p. 35). Autrement dit, l'*efficacité* des actions de prévention est présentée dans le discours comme étroitement reliée à la capacité de la planification régionale d'établir les mécanismes nécessaires à favoriser la concertation de l'ensemble des acteurs locaux concernés par cette problématique et leur capacité de se mobiliser pour agir dans une perspective globale et complémentaire sur les différents facteurs de risque individuels.

Dans les documents inhérents à l'élaboration du premier plan d'action régional de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues dans la région de Montréal-centre au milieu des années 1990, l'efficacité des interventions de prévention augmenterait lorsqu'elles combinent un ensemble de stratégies complémentaires et, plus

particulièrement, lorsque ces stratégies permettent d'agir à la fois sur le renforcement des capacités des individus (connaissances, habiletés et compétences) et sur la création d'un «environnement social» propice aux comportements sécuritaires (développement communautaire, «empowerment», etc.). Pour atteindre une efficacité optimale, «il s'agit de mettre en oeuvre des stratégies complémentaires dans une perspective globale et multifactorielle vis-à-vis des populations prioritaires, de manière à créer une synergie entre les actions et d'optimiser les retombées potentielles des interventions» (RRSSS de Montréal-centre, 1996, p. 37). De plus, l'efficacité repose pour la DSP sur la capacité des programmes d'établir un pont entre les personnes toxicomanes et l'ensemble des autres services de réduction des méfaits (DSP de Montréal-centre, 1997c, p. 2). Enfin, il est considéré que «ce continuum de services ne pourra être implanté sans la participation active de tous les partenaires concernés. L'implication de la communauté représente d'ailleurs un facteur de succès essentiel. En réduction des méfaits, les stratégies doivent non seulement s'adresser aux individus mais doivent viser les besoins des communautés qui font souvent face à de multiples problèmes. Il s'agit de créer une synergie nécessaire pour réduire l'isolation des toxicomanes tout en améliorant la qualité de vie dans les quartiers» (DSP de Montréal-centre, 1996, p. 4).

La révision de la planification régionale en matière de lutte contre le VIH/sida à la fin des années 1990 a réaffirmé l'importance des grands axes de ce plan, ces derniers étant toujours en voie de développement en ce moment (RRSSS de Montréal-centre, 1999; 2000a à 2000c). La principale différence réside dans le fait que le plan d'origine développé par la DSP de Montréal-centre est dorénavant intégré au plan régional VIH/sida de la RRSSS de Montréal-centre qui comprend tous les champs relatifs à la lutte contre le VIH/sida et couvre plusieurs secteurs d'activités (prévention, services de première ligne, soins de courte durée, etc.).

Au plan de la prévention, cette révision a porté pour l'essentiel sur deux grands aspects : 1) révision du cadre général de planification en VIH/sida dans un objectif de rendre *optimal* l'utilisation des ressources et, en particulier, les ressources allouées par le biais du PSOC¹⁰⁷ du MSSS par la RRSSS de Montréal-centre et 2) la mise en place de mécanismes visant à encadrer les activités et les pratiques de prévention en vue d'assurer une plus grande adéquation aux priorités du plan d'action régional, en particulier au plan de «l'obligation» de travailler en partenariat pour rendre opérationnel le principe de continuum de services.

En ce qui a trait à l'optimisation de l'utilisation des ressources (allocation, priorités nouvelles, etc.), l'avènement des nouvelles thérapies rétrovirales aurait créé un moins grand besoin en ressources d'hébergement pour les PVVIH alors que les organismes communautaires de prévention sont sous-financés, en particulier au plan des infrastructures (RRSSS de Montréal-centre, 2000b). Ce sous-financement ainsi que la non-récurrence des fonds attribués mettraient en péril les interventions de prévention financées par la DSP. Par conséquent, la révision des crédits accordés par le PSOC aux organismes communautaires qui interviennent auprès des groupes à haut risque d'infection a été revu pour leur assurer une stabilité financière (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p. 25).

¹⁰⁷ Le PSOC a été créé en 1973 par le MSSS pour soutenir les organismes bénévoles de l'époque. Son budget est passé de moins d'un million de dollars en 1973 à 270 millions pour l'exercice financier de 2002-2003 et le nombre d'organismes communautaires soutenus par le programme est passé d'une trentaine d'organismes en 1973 à plus de 3 000 en 2002-2003. Ce programme a été régionalisé en 1994 et il est depuis administré par les RRSSS, en fonction des priorités établies sur leur territoire (MSSS, 2004b). Cette importante croissance est en grande partie attribuable au rôle qu'ils remplissent dans la régulation des coûts du système de santé en offrant des services dont le rapport coût/bénéfice est extrêmement avantageux comparativement à ce qu'il en coûterait dans le système public.

De plus, et c'est un élément important de la révision, on s'interroge sur la duplication dans certaines activités réalisées par les organismes communautaires, la performance peu démontrée de certains d'entre eux, l'absence de balise de financement, la participation restreinte des usagers-ères de drogues et le manque d'harmonisation des activités de certains d'entre eux avec le programme de subvention de la santé publique (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p. 16). Des procédures pour favoriser une plus grande intégration et harmonisation d'allocation des fonds provenant du PSOC et de la DSP sont introduites (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p. 14).

Ainsi, si la révision du Plan régional VIH/sida visait à assurer un meilleur équilibre dans l'allocation des ressources destinées aux organismes communautaires, l'harmonisation des deux programmes de financement (PSOC et DSP) a comme effet de renforcer le degré de subordination des fonds provenant du PSOC aux priorités de la DSP et, par conséquent, d'encadrer l'autonomie des organismes communautaires. En effet, alors que le PSOC est un programme qui visait à l'origine à assurer un financement d'infrastructure dans le respect de l'autonomie des organismes communautaires reconnue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, la RRSSS crée un cadre de référence appelé *Cadre de référence du Programme de soutien aux organismes communautaires «Catégorie sida»* à l'intérieur duquel seront précisés des critères d'admissibilité formellement subordonnés aux priorités établies dans le plan d'action de la DSP de Montréal-centre.

Ce cadre de référence établit comme premier critère d'admissibilité le fait que «...seuls les organismes qui ont une mission spécifiquement reliée à **la prévention**

primaire du VIH/sida et qui sont **reconnus et financés par la DSP**¹⁰⁸ pour leurs activités, peuvent s'attendre à recevoir un complément de financement pour leur infrastructure selon les disponibilités financières du programme» (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p. 14). Ainsi, les crédits du PSOC seront dorénavant prioritairement accordés aux organismes reconnus par la DSP : «À cet effet, seuls les organismes qui reçoivent déjà un financement dans le cadre de l'Option «A» du Programme de subvention de la Santé publique pourront être reconnus pour des fins de financement» (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p. 28)¹⁰⁹. De plus, le développement de services non directement reliés au sida (défense des droits dans la communauté gaie par exemple)¹¹⁰ est jugé irrecevable puisqu'il se ferait au détriment des personnes les plus démunies (multiproblématiques, mauvais état de santé, etc.). Les organismes communautaires doivent donc inscrire leurs activités dans les priorités établies par les autorités de santé publique (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p. 25). Par conséquent, leur autonomie est étroitement encadrée par les «nouveaux» critères d'appréciation des demandes de

¹⁰⁸ Les caractères gras sont du document original.

¹⁰⁹ Il existe deux options dans le programme de subventions de la DSP de Montréal-centre. La première option (option A) finance des activités continues qui s'intègrent à la chaîne des services de santé et des services sociaux et qui s'apparentent à des services préventifs spécifiquement en prévention du VIH. La deuxième option (option B) finance des projets individuels ponctuels (pilotes, de démonstration, etc.), c'est-à-dire des projets qui ont un début et une fin déterminée (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 11).

¹¹⁰ Il faut souligner ici que depuis l'adoption en septembre 2001 de la politique gouvernementale intitulée *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, les organismes et regroupements d'organismes communautaires dont la mission principale est la défense des droits sociaux sont dorénavant rattachés au Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (SACA). Par conséquent, le MSSS et les RRSSS n'ont plus d'obligation formelle envers ces groupes et ne financent dorénavant que des groupes dont la mission principale se rapporte à la *dispensation de services de santé et de services sociaux* (MSSS, 2004b).

subvention du PSOC qui sont étroitement liés aux stratégies prioritaires de prévention du VIH de la DSP, soit :

- la capacité de l'organisme de rejoindre les clientèles visées;
- la capacité de l'organisme à rendre les services aux clientèles visées;
- la conformité des services offerts à la mission de l'organisme et aux priorités régionales;
- le niveau de priorité de la clientèle rejointe par les services offerts;
- la portée et le niveau de performance des services offerts;
- la complémentarité des services offerts;
- la capacité à favoriser un maintien dans les milieux de vie et à l'autonomie des clientèles visées (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p. 17-18).

Ainsi, si la révision du cadre de planification régionale en matière de VIH/sida est motivée dans le discours par l'idée que les ressources financières soient utilisées de manière *optimale*, cette révision se traduit par l'adoption d'un nouveau cadre d'allocation des ressources provenant du PSOC du MSSS caractérisé par l'établissement de critères d'appréciation très sélectifs des organismes communautaires, axés sur la conformité aux priorités des autorités de santé publique, aux plans des clientèles cibles visées (groupes prioritaires), des moyens mis en oeuvre pour rejoindre ces clientèles et à celui de la réalisation d'activités de prévention axées sur les priorités établies par la DSP.

Dans ces conditions, alors que le PSOC vise à soutenir les organismes communautaires dans le respect de leur mission et de leur autonomie, il est justifié de se demander jusqu'où cette mission et cette autonomie sont dans les faits reconnues, puisque les critères d'appréciation des organismes sont étroitement reliés aux priorités établies par les autorités de santé publique? Dans le PSOC de 2005-2006, le MSSS et les ADRLSSS reconnaissent l'apport des organismes communautaires à l'amélioration

de la santé et du bien-être de la population, qu'ils apportent une contribution originale et essentielle qui mérite un soutien de la part de l'État et que de ce fait ils doivent pouvoir bénéficier de toute l'autonomie nécessaire pour la réalisation de la mission qu'ils se sont donnée. L'autonomie est définie comme ceci : «Par «autonome», nous devons comprendre que les organismes communautaires sont issus de la communauté et que, par conséquent, ils se définissent selon leur volonté propre d'agir, à partir des besoins qu'ils ont eux-mêmes perçus, et non à partir des planifications régionales ou nationales de services» (MSSS, 2004b, p. 6).

Toutefois, dans la pratique, c'est la loi qui semble s'appliquer et cette dernière n'offre aux organismes communautaires qu'une autonomie formelle. En effet, si l'article 335 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* dit qu'«Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches» (L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 335, 1991), l'article 336 subordonne le financement des organismes communautaires qui interviennent en santé aux critères d'admissibilité et d'attribution des fonds que les RRSSS déterminent, selon les règles budgétaires applicables : «Une régie régionale peut, suivant les critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants : 1° s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire inscrits dans un plan régional d'organisation de services de la régie; 2° s'il exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région» (L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 336, 1991). Il revient

donc à chaque RRSSS d'évaluer et d'attribuer le soutien financier aux organismes communautaires (MSSS, 2004b, p. 11).

Au plan des activités et des pratiques de prévention, la révision du Plan régional VIH/sida a également donné lieu à la création d'un cadre de référence pour l'allocation des fonds provenant du MSSS (CQCS) par la DSP de Montréal-centre. Ce cadre de référence (RRSSS de Montréal-centre, 2000a) s'appuie sur les orientations et les objectifs du plan d'action régional en prévention du VIH et précise les activités de prévention prioritaires et les critères d'admissibilité du programme de subvention. Comme il est souligné dans le préambule, ce programme est conçu de manière à favoriser la coopération et la concertation entre les organismes communautaires et les intervenants-es du milieu institutionnel, dans un objectif d'élaborer des stratégies communes d'intervention, notamment par l'établissement d'un financement continu et récurrent des organismes dont les activités sont jugées prioritaires par la DSP (RRSSS de Montréal-centre, 2000a).

De plus, toutes les demandes de subvention doivent concorder avec les priorités d'action régionales, c'est-à-dire viser les sous-groupes considérés à haut risque par la DSP, se réaliser dans les secteurs géographiques prioritaires et selon les moyens privilégiés d'intervention, dans une perspective de complémentarité et de concertation entre les partenaires régionaux.

Enfin, la DSP désire maintenir, optimiser et développer des services préventifs efficaces et nécessaires au contrôle de l'évolution de l'épidémie dans certains sous-groupes de la population. Elle veut également encourager le développement d'actions concertées et complémentaires dans une perspective d'approche globale à l'égard des populations ciblées et de partenariat entre les divers dispensateurs de services et intervenants travaillant à la prévention du VIH. Les requérants devront donc s'assurer d'établir des liens de collaboration

spécifiques et fonctionnels avec les acteurs communautaires ou institutionnels susceptibles de contribuer au développement et à la réalisation des interventions. En l'occurrence, les requérants devront démontrer la pertinence et la spécificité des services ou interventions proposés en regard des ressources déjà existantes et préciser en quoi ceux-ci viennent compléter la gamme de services ou d'interventions déjà offerts (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 5).

Ainsi, dans les demandes de subvention, les requérants devront montrer que la réalisation de leur programme ou leurs activités de prévention se réalise en partenariat avec les acteurs qui interviennent auprès de la même population cible, qu'ils ont initié et renforcé leurs liens de collaboration avec tous les associés susceptibles de contribuer au développement et à la réalisation de leur programmation, que les initiatives prises dans cette programmation s'inscrivent dans une continuité à long terme et montrer, lettre à l'appui, le type et le niveau de collaboration entre les différents partenaires, en termes de contributions financière, matérielle, humaine, de services, etc. (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 6). De plus, les requérants devront s'engager à produire les données permettant d'évaluer ou de faire le monitoring de l'implantation de leur programmation, les résultats obtenus et inclure dans leur demande de fonds les modalités d'évaluation qu'ils ont retenues. Les bilans bi-annuels devront présenter ces résultats (contextes d'intervention, population rejointe, services rendus, etc.) de même que décrire les partenariats et la contribution de chacun des partenaires dans la réalisation du projet (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 6).

La priorité de financement de la DSP sera accordée aux requérants dont la programmation vise les trois sous-groupes jugés comme les plus vulnérables au VIH, soit les usagers-ères de drogues (UDI principalement) et leurs partenaires sexuels, les HRSH et les jeunes en difficulté. Pour ce qui a trait à la prévention du VIH auprès des

usagers-ères de drogues et leurs partenaires sexuels, les activités prioritaires de la programmation sont les suivantes :

- approche de RM;
- PES;
- activités qui permettent aux personnes toxicomanes de mieux gérer leur consommation (qualité et quantité des drogues);
- activités collectives dans un contexte «d’empowerment»;
- activités qui permettent le regroupement de personnes UDI pour la défense de leurs droits;
- activités permettant un meilleur accès aux services sociaux et de santé;
- activités qui permettent de rejoindre les personnes UDI dans leurs milieux de vie et d’injection;
- activités de sensibilisation des partenaires sexuels des personnes UDI (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 7).

De plus, les demandes¹¹¹ seront évaluées selon des critères de «performance» de l’organisme, soit :

- la concordance des services/interventions offerts et stratégies utilisées avec les priorités régionales en matière de prévention du VIH;
- la capacité à réaliser les activités telles que prévues dans le contrat initial tout en respectant les stratégies d’intervention privilégiées et les recommandations faites lors des évaluations antérieures;
- la capacité de rejoindre les clientèles ciblées et d’identifier leurs besoins;
- la capacité à mettre en place et à maintenir des mécanismes de concertation et de partenariat efficace avec les organismes qui peuvent avoir une influence favorable sur l’efficacité des interventions et l’atteinte des objectifs visés;

¹¹¹ Ne sont retenus ici que les critères d’évaluation des demandes de subvention des programmes comportant des activités continues de prévention (option A). Les critères d’évaluation des projets ayant une durée déterminée (option B) s’inscrivent dans les mêmes orientations générales que l’option A. La principale différence réside dans le fait qu’ils visent le développement d’initiatives inexistantes et d’expertises nouvelles.

- la capacité de l'organisme à intégrer les services ou interventions rendus aux autres services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux;
- la capacité d'autocritique sur les interventions et leur efficacité. Mécanisme continu de monitoring et d'évaluation des interventions;
- la compétence en regard de l'administration des fonds reçus; le respect du budget alloué, l'acceptabilité des dépenses, l'utilisation adéquate des ressources humaines et matérielles, le réalisme du budget, la stabilité organisationnelle et financière de l'organisme.

Pour les requérants qui soumettent une demande pour la première fois, s'ajoutent les critères suivants :

- la démonstration du besoin, de la pertinence et de la spécificité des services à rendre aux populations ciblées, dans le milieu d'intervention choisi et en tenant compte des ressources déjà existantes;
- la faisabilité des services proposés compte tenu de l'expérience et de la compétence du requérant dans les domaines d'intervention choisis et leur capacité de rejoindre les populations ciblées;
- le développement de mécanisme de monitoring et d'évaluation des services/interventions;
- le réalisme du budget demandé et des ressources déployées ainsi que la viabilité financière et la stabilité organisationnelle de l'organisme en tenant compte de l'ensemble des revenus de l'organisme (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p. 15-16).

En dépit du fait qu'il est susceptible d'exister un écart important entre l'encadrement visé par ces critères et la pratique réelle, nous pouvons néanmoins retenir que les activités priorisées visent le développement de l'autonomie des usagers-ères de drogues et que seuls les organismes s'inscrivant dans cette logique générale seront reconnus et financés : tolérance à l'égard de l'usage de drogues (RM), accès au matériel de protection, meilleure gestion de la consommation, «empowerment», regroupement des usagers-ères de drogues pour qu'ils défendent leurs droits, etc. De même, seuls les

organismes ayant démontré ou pouvant démontrer de manière «convaincante» leur capacité à développer des activités de prévention concordantes avec les orientations et les priorités du Plan d'action régional de prévention du VIH seront retenus pour fin de financement.

Dans le formulaire de demande de subventions (DSP, 1998, formulaire), le requérant doit préciser le secteur géographique d'intervention, la population ciblée, le secteur d'activités de l'organisme (échange de seringues, accompagnement, etc.), le milieu d'intervention (site fixe, rue, piquerie, etc.), les ressources humaines de l'organisme et les autres sources de financement. De plus, il doit décrire le problème de santé sur lequel l'organisme intervient et préciser le lien qui existe avec la problématique du VIH. Les principales activités de l'organisme doivent également être décrites et l'on doit montrer comment ces activités répondent aux besoins de la population cible, en lien avec la prévention du VIH. De même, l'organisme doit montrer que ses activités ne chevauchent pas d'autres ressources existantes sur le territoire et en quoi elles sont complémentaires à celles offertes par les autres organismes de même que le type de collaboration et les mécanismes de liaison établis à cet effet. Enfin, l'organisme doit indiquer les moyens qu'il utilise pour s'assurer que les activités répondent aux besoins des populations cibles et permettent l'atteinte des objectifs d'intervention.

De plus, dans le cas précis des organismes communautaires de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues, la DSP de Montréal-centre a élaboré un système de monitoring de la pratique d'intervention. Ce système de monitoring existe depuis 1997 et des données sur la distribution du matériel de protection, la récupération des seringues et les interventions réalisées auprès des usagers-ères de drogues sont annuellement compilées (DSP de Montréal-centre, 2001, 2002a, 2003, 2004). Bien que cette collecte

repose, à l'exception de la distribution et de la récupération de seringues, sur des données auto-révélées, elle permet néanmoins d'obtenir un suivi des interventions réalisées par les intervenants-es des organismes communautaires, sur plusieurs plans : nombre de visites ou de contacts par organisme selon les caractéristiques démographiques des individus rejoints (sexe, âge, territoires), nombre de seringues distribuées et récupérées par visite et autre matériel de protection, nombre de visites où une intervention a eu lieu, thème sur lequel a porté l'intervention (réduction des risques, santé physique, santé mentale, écoute-maintien de contact, etc.) et niveau d'intensité de l'intervention (information/éducation, support ou accompagnement dans une démarche, orientation vers une ou des ressources, référence formelle vers une ou des ressources).

Si ce système de monitoring permet de suivre l'évolution de ce qui se passe sur le terrain (visites, demande des usagers-ères de drogues, période d'achalandage, etc.) et d'ajuster la programmation, il constitue également un mécanisme de suivi et d'encadrement de la pratique des intervenants-es, voire un outil d'évaluation de l'efficacité des organismes si nous entendons, avec les autorités de santé publique, que l'efficacité est la capacité d'offrir les services requis : rejoindre les clientèles prioritaires, performance des services offerts (capacité de rejoindre les clientèles prioritaires et offrir des services adaptés), faisabilité des services ou des activités (acceptabilité par la clientèle, capacité organisationnelle de rendre les services), conformité des services ou des activités en lien avec le rôle et le mandat de l'organisme, des besoins prioritaires et des orientations régionales et nationales, la portée des services ou des activités (potentiel de rejoindre et de favoriser la prise en charge par les clientèles et les agents multiplicateurs) et, enfin, le caractère préventif des activités, c'est-à-dire la capacité d'agir en amont dans un objectif de favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, Annexe 2).

Bref, au chapitre de la détermination des mandats et de l'allocation des ressources financières, les autorités nationales (provinciales) et régionales de santé publique visent à mobiliser les acteurs locaux et, en particulier, les organismes communautaires, dans le développement d'actions locales «efficaces» de prise en charge du risque d'infection par le VIH associé à l'usage de drogues par injection. La concertation et le partenariat entre les agences régionales de santé publique et les organismes communautaires, en tant qu'organismes censés représenter les usagers-ères de drogues, constitue ainsi le moyen par excellence par lequel il est envisagé de favoriser l'adhésion de tous les acteurs locaux (y compris les usagers-ères de drogues) à la prévention des risques individuels, de soutenir le développement de leur autonomie dans la prise en charge de ce risque, mais aussi de l'encadrer en canalisant leur mobilisation vers l'atteinte des grands objectifs déterminés au sein des agences de santé publique, particulièrement dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida.

Ce type de partenariat favorise l'émergence d'un nouveau mode de gestion étatique des problèmes sociaux et sanitaires centré sur la procuration, où les organismes privés se voient confier le mandat de prévenir les risques d'infection par le VIH qui leur sont attribués par le MSSS, les RRSSS et les DSP. Ces derniers remplissent une fonction d'encadrement de l'action des organismes communautaires, par la définition des priorités nationales (provinciales) et régionales de santé, l'allocation des ressources, la planification et la programmation au niveau régional, le monitoring et l'évaluation, etc. Les organismes communautaires doivent quant à eux agir en fonction des orientations fixés dans les stratégies et les plans d'action, soit agir pour favoriser le développement de l'autonomie des usagers-ères de drogues dans la prise en charge ou la prévention des risques individuels.

6.5 Synthèse et discussion

Ce chapitre avait comme objectif de répondre à la deuxième partie de notre question de recherche, soit d'analyser les discours des documents visant la lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues dans le but de dégager les logiques discursives à travers lesquelles la RM s'est institutionnalisée au sein du dispositif de lutte contre le VIH destiné à cette population spécifique et à rendre compte des stratégies opérationnelles par lesquelles il s'est élaboré. Pour ce faire, nous avons analysé les discours à travers lesquels s'est développée la RM, soit les discours relatifs aux enjeux inhérents au développement du dispositif de lutte contre le VIH destiné à cette population spécifique, ceux relatifs à la RM elle-même et ceux se rapportant aux stratégies opérationnelles des plans d'action visant cette population spécifique, au palier national (provincial) comme à celui de la région de Montréal-centre.

Nous avons vu que la RM s'est institutionnalisée au sein de l'État québécois en réponse aux impératifs imposés par la présence du VIH chez les usagers-ères de drogues et la menace que représentent leurs pratiques dans la transmission de ce virus vers la population générale. De plus, c'est sur la base du développement de projets expérimentaux d'échange de seringues (PES) que le concept de RM est entré dans le discours officiel et ce n'est que par la suite qu'il a poursuivi sa trajectoire vers le secteur de la toxicomanie. Ce serait donc principalement dans un objectif de réduire le méfait «VIH» et pour exercer un contrôle sur ce danger d'épidémie que la RM a pris forme au sein de l'État québécois, même si d'autres méfaits se rapportant à la toxicomanie sont maintenant l'objet de réflexion dans les orientations ministérielles de lutte à la toxicomanie.

Les discours officiels analysés ont en effet permis de constater que la RM est fortement encadrée à l'intérieur du dispositif de lutte contre le VIH et qu'elle y trouve son intelligibilité dans la fonction de régulation qu'elle remplit au sein de l'espace étatique, soit la création d'un espace de tolérance *de facto* nécessaire au déploiement d'actions de santé publique visant le contrôle de l'épidémie auprès des usagers-ères de drogues. Deux grandes fonctions de régulation demandent à être discutés pour comprendre la contribution de la RM dans la prévention des risques individuels.

Une première fonction est que le principe de tolérance *de facto* permet d'ouvrir l'espace indispensable à la régulation des paradoxes existants dans les logiques d'action de l'État. En effet, ce principe ouvre l'espace nécessaire au développement de programmes visant le contrôle du danger d'épidémie sans qu'il y ait obligation pour la classe politique et ministérielle de réinterroger les lois prohibitionnistes qui entrent en tension avec les logiques d'action de la santé publique et qui contribuent à la vulnérabilité au risque, notamment en refoulant les usagers-ères de drogues dans la clandestinité. Par conséquent, ce principe ouvre l'espace nécessaire à l'individualisation des enjeux de l'exposition aux risques et de la prévention de ceux-ci. Avec ce principe, l'exposition au VIH est formulée comme un problème individuel dont la solution réside dans la capacité des acteurs locaux à neutraliser les effets néfastes de la prohibition sur les usagers-ères de drogues, soit les effets liés à la mauvaise qualité des drogues, à la dépendance à l'égard du crime organisé, au lieu inadéquat de consommation, etc.

Par conséquent, la RM constituerait un moyen par lequel l'État peut se décharger des responsabilités à l'égard des conditions qui favorisent la vulnérabilité aux risques et par lequel il lui est possible de les reporter sur les usagers-ères de drogues eux-mêmes et les acteurs locaux. Tout se passe comme si la RM avait comme fonction de réguler

les paradoxes d'un État qui contribue à créer des conditions à risque par ses lois prohibitionnistes en redistribuant les responsabilités aux acteurs locaux.

Une deuxième fonction est que la RM permet d'ouvrir un espace de tolérance indispensable à l'accès au milieu illicite des usagers-ères de drogues pour y déployer des actions en direction d'individus criminalisés par les lois prohibitionnistes de l'État. Cette fonction est conforme à la manière dont s'exerce la gouvernementalité dans les sociétés libérales, à savoir que c'est par l'intégration des libertés et des limites propres à l'exercice de cette liberté dans le champ de la pratique gouvernementale qu'il est possible de canaliser les forces sociales existantes vers des objectifs de sécurité ou de protection de l'ordre.

Toutefois, la RM n'ouvre pas un véritable espace de liberté en matière d'usage de drogue. Par le principe de tolérance *de facto*, elle favorise l'exercice d'une «liberté factuelle». En effet, si elle repose sur l'idée de la reconnaissance de la réalité universelle de l'usage de drogues, l'usager-ère de drogues n'y acquiert pas pour autant de droit réel en matière d'usage. Le droit de faire usage de drogues suppose soit l'abolition des interdits ou la légalisation d'en faire usage, dans certaines conditions : selon l'âge, les lieux, le moment, etc.

On peut considérer que le principe de tolérance *de facto* n'offre aux usagers-ères de drogues qu'un quasi-droit, c'est-à-dire le droit de «choisir» de faire ou non usage de drogues (respect du choix de la personne), mais toujours dans un contexte où l'interdit prédomine et où les sanctions formelles (arrestation, judiciarisation, etc.) et informelles (stigmatisation, marginalisation, etc.) sont omniprésentes et font forces de «loi». Tolérer, c'est laisser se produire un acte ou un événement qu'on a le droit ou la possibilité d'empêcher de se produire. L'idée de tolérer implique par définition celle de

l'interdit ou, du moins, celle de l'inconvenance : on ne peut tolérer que quelque chose qui est jugée hors norme, qui est contraire aux convenances ou qui enfreint les règles du «vivre ensemble» en société.

Par conséquent, si la RM a comme fonction de favoriser l'accès à l'espace illicite des usagers-ères de drogues, elle aurait également comme fonction de les faire entrer dans le «droit commun», de les reconnaître comme des citoyens-es de droit, mais également comme des citoyens-es de devoir qui se doivent de se responsabiliser à l'égard des risques qu'on leur attribuent à travers la détermination des cibles de la lutte contre le VIH (cf. chapitre 5).

Ainsi, elle ouvre l'espace nécessaire à l'assujettissement des usagers-ères de drogues aux identités complexes et paradoxales qui leur sont assignées par les agences étatiques (citoyen-ne de droit, à part entière, mais citoyen-ne marginal, vivant dans l'illégalité, ayant des pratiques dangereuses pour l'ordre sanitaire, etc.) avec lesquelles ils devront composer. En ce sens, elle remplit une fonction de régulation axée sur leur transformation en sujet responsable et actif dans la prévention des risques individuels.

Comme nous l'avons vu, c'est à travers la promotion de la santé et le partenariat avec les organismes communautaires que ce processus d'assujettissement prend forme. La promotion de la santé (travail de proximité, programme de maintenance à la méthadone, etc.) vise l'autonomisation des usagers-ères de drogues, c'est-à-dire la mise en oeuvre de mécanismes nécessaires à les responsabiliser à l'égard de leur santé et à les soutenir pour qu'ils se comportent comme des sujets actifs dans la lutte contre le VIH. Le partenariat avec les organismes communautaires constitue le support par lequel l'on vise à susciter l'adhésion des acteurs locaux et des usagers-ères de drogues à la prévention des risques individuels et à mettre en place les ressources de premières lignes

nécessaires pour que ces derniers puissent s'engager dans un parcours visant à trouver une solution personnelle à leurs problèmes, qu'il s'agisse de la réduction des comportements à risque d'infection par le VIH, des problèmes de santé, des conditions qui les rendent vulnérables, de leur situation d'illégalité, etc.

Bref, c'est à travers la transformation des usagers-ères de drogues en sujet de droit et de devoir que la RM permet, conformément aux grandes orientations prises dans la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, une individualisation des enjeux de la lutte contre le sida. Et, c'est à travers le recours aux approches de promotion de la santé et à des procédures partenariales axées sur le développement de l'autonomie que le dispositif de lutte contre le VIH auprès des usagers-ères de drogues favorise une re-socialisation des enjeux de la lutte contre le VIH dans l'espace local. Par conséquent, si la RM fait, comme nous l'avons souligné au chapitre 3, entrer la problématique de l'usage de drogues dans le registre de la santé publique ou de la gestion des risques, ce sont les fonctions politiques qu'elle exerce au sein du dispositif de lutte contre le VIH et, plus largement, au sein de l'État, qui lui donne son intelligibilité. La gestion des risques, ou plus précisément, la prévention des risques individuels se réalise à travers les actions habituelles de santé publique: la détermination des groupes cibles selon une logique épidémiologique, la promotion de la santé comme stratégie d'action, etc.

CONCLUSION

La thèse avait pour objet l'analyse des logiques discursives à travers lesquelles la prévention des risques individuels et la réduction des méfaits (RM) s'institutionnalisent au sein du dispositif de lutte contre le VIH et, plus largement, au sein de la santé publique et de l'État québécois. Plus précisément, l'objectif visé était de comprendre les modes de régulation sociale qui en découlent.

Afin de rendre intelligible la portée de ces discours, nous avons d'emblée situé notre démarche de recherche en relation avec les transformations des modes de régulation sociale dans le secteur de la santé publique québécoise, aux enjeux épidémiques soulevés par l'apparition du VIH, à la réponse de l'État québécois en matière de lutte contre le VIH, aux enjeux spécifiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues et en relation avec la manière dont les écrits sur la RM ouvre, dans le contexte québécois, des espaces discursifs favorisant une individualisation des enjeux de l'action auprès des usagers-ères de drogues et une re-socialisation de ceux-ci dans l'espace local. La question de recherche était dans cette perspective formulée comme ceci: quelles sont les logiques discursives par lesquelles la prévention des risques individuels et la RM se sont institutionnalisées au sein du dispositif de lutte contre le VIH et quel type de régulation sociale favorisent-elles?

Bien que les résultats présentés dans les précédents chapitres touchent à de multiples aspects de la régulation sociale, deux grandes dimensions permettent de faire ressortir les grandes logiques discursives à travers lesquelles se transforme le mode de régulation des pratiques d'une des populations perçue comme menaçante pour l'ordre sanitaire et social, soit la manière que les discours sur la prévention des risques individuels se transforment dans le temps et la manière dont le discours de RM se développe en conformité avec ceux du dispositif général de lutte contre le VIH.

Le chapitre 4 a permis de constater que les discours officiels analysés dans cette thèse reposent sur l'idée que la possibilité de neutraliser sur un court terme le développement de l'épidémie ne peut passer que par la prévention des risques individuels. Ainsi, le dispositif de lutte contre le VIH se présente comme une technologie politique qui individualise les enjeux de la lutte contre le VIH. Toutefois, il s'agit d'une technologie politique qui se transforme au fil du temps et indique le passage d'un mode de régulation sociale centrée sur la responsabilité individuelle (phases 1 à 3) vers un mode de régulation sociale axée sur l'autonomisation et la mobilisation des acteurs locaux (phases 3 à 5).

Nous avons en effet vu que dans les premières phases de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, les discours sur l'exposition au VIH et sur l'action de santé publique sont orientés vers un objectif de normalisation disciplinaire des comportements individuels par l'encadrement des espaces de liberté d'action (information, persuasion, etc.). En cela, le dispositif de lutte contre le VIH s'est édifié selon une logique «traditionnelle» de santé publique où les individus des groupes à risque sont invités à se comporter comme des citoyens-nes responsables, au-delà du fait que leur condition sociale le permette ou pas. Ceci s'explique probablement par le fait que ces phases de la stratégie ont été élaborées dans un contexte où les agences de santé publique remplissaient toujours des fonctions qui leur avaient été attribuées dans les moments forts de l'État libéral providentiel (de 1945 jusqu'à la fin des années 1970).

Comme nous l'avons montré au chapitre 1, un des rôles de la santé publique était de mettre en oeuvre des mesures individuelles de protection de la santé, notamment par le déploiement d'activités d'éducation sanitaire auprès des groupes ayant des problèmes

de santé supérieurs à la moyenne ou représentant une menace pour la santé publique. Ces fonctions ont été attribuées dans un contexte où la santé apparaît comme un droit social que l'État doit contribuer à protéger par le biais de mesures (développement économique, développement social, etc.) favorisant l'intégration sociale, mais où l'individu est considéré avoir une responsabilité à l'égard de son corps, de sa santé physique et mentale. Par conséquent, un des principaux rôles de la santé publique est celui de «veiller» à ce que les individus remplissent leur devoir de citoyen-ne en mettant en place des mécanismes de normalisation disciplinaire de leurs pratiques, surtout lorsque celles-ci sont susceptibles de mettre en danger la santé publique ou l'ordre sanitaire.

Toutefois, avec les réformes du système de santé et des services sociaux du début des années 1990, le rôle de la santé publique se transforme. Elle doit dorénavant élaborer sa planification en relation avec la PSBE de 1992 qui fait des populations dites vulnérables les nouvelles cibles prioritaires d'action et de la promotion de la santé la nouvelle donne par laquelle la prévention des risques individuels doit passer. Son champ d'action se transforme de manière à prendre en considération ces populations et à favoriser le développement de leur autonomie ou de leur «empowerment».

Comme nous l'avons vu, le dispositif de lutte contre le VIH s'est transformé dans la même direction. Dans le passage de la phase 3 à la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, les discours ne sont plus seulement orientés vers l'encadrement de l'espace de liberté d'action des individus pour obtenir une conformité à la norme, mais vers un objectif de mobilisation du potentiel d'autonomie des individus à l'égard des risques individuels, par leur insertion dans le tissu social local. Tout se passe comme si ce dispositif avait comme fonction d'individualiser les enjeux de la lutte

contre le VIH et de les re-socialiser dans l'espace local par la mobilisation des organismes communautaires.

Si la santé publique cible maintenant les populations les plus vulnérables et agit dans une perspective d'inclusion, la promotion des droits sociaux les plus fondamentaux nécessaires à cette inclusion et à la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques sanitaires est exclue des discours analysés dans la thèse. Ceux-ci se limitent à construire la réponse au danger d'épidémie du VIH selon une logique de prévention des risques individuels fondée en grande partie sur la reconnaissance des droits de la personne d'avoir accès aux services de santé et aux services sociaux nécessaires au développement de l'autonomie ou de l'«empowerment» à l'égard des risques individuels.

De plus, comme nous l'avons vu au chapitre 6, la RM se développe en conformité avec cette logique générale. Une de ses principales fonctions consiste à faire entrer les usagers-ères de drogues dans le «droit commun» de manière à pouvoir transformer cette population refoulée dans l'illicite par les lois prohibitionnistes en sujet de droit à l'égard des services de santé et des services sociaux et en sujet de devoir à l'égard des risques. Elle se développe également dans un dispositif qui, par l'approche de promotion de la santé, vise à transformer les usagers-ères de drogues en sujet actif dans la prévention des risques individuels et, par des procédures partenariales, à mettre en oeuvre les ressources de base nécessaire à leur mobilisation dans la prévention des risques individuels. Comme pour le dispositif général de lutte contre le VIH, celui destiné aux usagers-ères de drogues se développe selon une logique d'injonction à l'autonomie.

Ainsi, nos résultats montrent que la RM remplit à l'intérieur du dispositif de lutte contre le VIH une fonction de régulation conforme aux orientations de la Stratégie

québécoise de lutte contre le sida. Elle fait entrer l'usager-ère de drogues dans un espace de «droit commun» où il sera possible de le «rejoindre», de l'inviter et de l'inciter à se prendre en main, voire à le soutenir pour qu'il se comporte comme un sujet actif, impliqué et mobilisé dans la lutte contre le VIH.

Par conséquent, les modes de régulation sociale dans le secteur de la lutte contre le VIH se transforment selon les mêmes logiques qui caractérisent les transformations de modes de régulation sociale au sein de l'État à l'époque contemporaine (cf. chapitre 3). La promotion de la santé et les procédures partenariales à travers lesquelles prend forme le dispositif de lutte contre le VIH se présentent comme des techniques d'intervention incitant à l'auto-prise en charge des risques sociaux et sanitaires par les acteurs locaux, voire comme un nouveau mode néo-disciplinaire de régulation sociale centré sur l'obligation d'autonomie. Il ne s'agit plus ici de mettre en place des mécanismes favorisant la réduction des conditions de vulnérabilité selon une logique de reconnaissance des droits sociaux (travail, éducation, etc.), mais, selon une logique de droit ou de dignité de la personne, de mettre en oeuvre des mécanismes de développement continu de son potentiel de prise en charge des risques.

Ce mode de gestion par «procuration» n'est toutefois pas une forme de désengagement de l'État à l'égard des problèmes sociaux et sanitaires, mais plutôt un nouveau mode de régulation sociale caractérisé par le transfert des responsabilités vers le privé. On l'a vu à travers l'analyse des discours par lesquels la prévention des risques individuels et la RM s'instituent au sein du dispositif de lutte contre le VIH, l'État reste le maître d'oeuvre de la définition des grands objectifs, de l'allocation des ressources en fonction d'objectifs de résultats et d'un contrôle *a posteriori* de leur atteinte, par la mise en place de mécanismes de monitoring, d'évaluation, d'imputabilité, de reddition de compte, etc. Pour Robert Castel (1981), cette nouvelle forme de dirigisme

(partenariat et autogestion planifiée) se traduit par un recul d'une conception publique de l'assistance («Welfare state») et par l'émergence d'un nouveau mode de gestion des populations propre à l'État néo-libéral.

Le domaine de l'action sanitaire et sociale est sans doute caractéristique du mode de gestion que voudrait promouvoir un État néo-libéral, cette stratégie qui tente de conjuguer la planification centralisatrice et l'initiative privée, l'autoritarisme des technocrates et la convivialité des associations spontanées de citoyens, l'objectivité qu'on prête aux professionnels et les bons sentiments qui sont censés être l'apanage des bénévoles (Castel, 1981, p. 136).

En l'absence de politiques (économiques, sociales, etc.) plus globales visant la réduction des conditions de vulnérabilité des usagers-ères de drogues, le dispositif général de lutte contre le VIH comme celui visant les usagers-ères de drogues constituent une solution «technocratique» qui, sous le couvert de l'idéologie selon laquelle la santé relève d'une responsabilité partagée entre l'État, les «communautés locales» et les individus, opèrent un transfert des responsabilités vers le local. Ce type de dispositifs permet de préserver le monopole de l'État quant aux grandes orientations et objectifs dont nous avons montré précédemment qu'ils visaient pour l'essentiel à agir sur les situations de vie des populations jugées les plus vulnérables (logique de discrimination positive, politique de situation, promotion de l'autonomie) afin de leur fournir le minimum vital nécessaire à la réduction des risques et au contrôle du danger d'épidémie. Le partenariat entre les agences de santé publique et les organismes communautaires constituerait le moyen par lequel les acteurs les plus puissants dans l'espace étatique et, en particulier, la classe politique imposent leur propre cadre de référence à une partie de la société civile, dont les usagers-ères de drogues et les organismes communautaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Baganizi, E. et Alary, M.. 1997. «Le sida : aspects épidémiologiques», dans Lévy, J. et Cohen, H. (dir.). *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, p. 1-41
- Bajos, N. 1995a. «Les risques de la sexualité», dans Bajos, N., Bozon, M., Giami, A., Doré, V. et Souteyrand, Y. *La sexualité au temps du sida*. Paris, Presses universitaires de France, p. 35-61.
- , 1995b. «Trajectoires socio-sexuelles et comportements face au risque de transmission sexuelle du sida», dans Bajos, N., Bozon, M., Giami, A., Doré, V. et Souteyrand, Y. *La sexualité au temps du sida*. Paris, Presses universitaires de France, p. 305-336.
- , 1997. «Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission». *Aids Care*, vol. 9, n° 2, p. 227-237.
- Bajos, N. et Ludwig, D. 1995. «Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida». Paris, ANRS, collection Sciences Sociales et Sida, p. 199-220.
- Bastien, R., Lévy, J.-J., Olazabal, I., Trottier, G. et Roy, É. 2001. *Analyse descriptive de la prévention dans le travail de proximité : la problématique des MTS/VIH et celles connexes*. Montréal, Direction de la santé publique de la RRSSS-MC, novembre, 79 pages.
- , 2002. «Analyse descriptive de la prévention des IST et du VIH dans le travail de proximité : du dispositif de recherche à l'identification des nouveaux axes d'étude», dans Godin, G., Lévy, J.-J. et Trottier, G. *Vulnérabilités et prévention VIH/sida. Enjeux contemporains*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 214-227.
- Battle, J. 1990. *Self-esteem : the new revolution*. Edmonton, James Battle and associates, University of Alberta, 361 pages.

- Beauchemin, J., Bourque, G. et Duchastel, J. 1995. «Du providentialisme au néolibéralisme : de Marsh et Axworthy. Un nouveau discours de légitimation de la régulation sociale». *Cahiers de recherche sociologique*. n° 24, p. 15-47.
- Beauchemin, S. et Beauchemin, J. 1998. «La réforme québécoise de la sécurité du revenu. La citoyenneté au service d'une solidarité gestionnaire». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 39, p. 139-147.
- Beauchesne, L. 1994. «Légalisation des drogues et promotion de la santé», dans Brisson, P. (dir.). *L'usage de drogues et la toxicomanie. Volume II*. Boucherville, gaëtan morin éditeur, p. 105-125.
- Bergeron, P. et Gagnon, F. 2003. «La prise en charge étatique de la santé au Québec : Émergence et transformation», dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 7-33.
- Berridge, V. 1993. «Harm Minimisation and Public Health : An Historical Perspective», dans Heather, A., Wodak, E. N. et O'Har, P. *Psychoactive Drug & Harm Reduction From Faith to Science*. London : Whurr Publishers, p. 55-64.
- , 1999. «Histories of Harm Reduction : Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine». *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 35-47.
- Bilodeau, A., Francoeur, D. et Chabot, P. 2004. «L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, p. 50-65.
- Boismenu, G. 1987. «Régulation technicienne et état disciplinaire». *Interventions économiques*, n° 18, p. 65-70.
- , «La régulation technicienne des rapports sociaux», dans Boismenu, G. et Gleizal, J.-J. (dir.). 1988. *Les mécanismes de régulation sociale. La justice, l'administration, la police*. Montréal et Lyon, Boréal/ Presses universitaires de Lyon, p. 83-115.

- Boismenu, G. et Gleizal, J.-J. (dir.). 1988. *Les mécanismes de régulation sociale. La justice, l'administration, la police*. Montréal et Lyon, Boréal/ Presses universitaires de Lyon, 256 pages.
- Boismenu, G., Hamel, P. et Labica, G. (dir.). 1992. *Les formes modernes de la démocratie*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 300 pages.
- Boismenu, G. 1992. «La spécialisation des clientèles : panacée ou nouvelle utopie», dans Boismenu et al. *Les formes modernes de la démocratie*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 113-134.
- Boismenu, G. et Dufour, P. 1997. «Régulation technicienne des sans-emploi : vecteur de diffusion d'une normativité et d'une éthique sociale», dans Giroux, G. *La pratique sociale de l'éthique*. Montréal, Éditions Bellarmin, p. 103-141.
- Bourdieu, P. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Les éditions de minuit.
- , 1980. «Le capital social. Notes provisoires». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, p. 2-3.
- Bourque, G., Duchastel, J. et Pineault, É. 1999. «L'incorporation de la citoyenneté». *Sociologie et sociétés*, vol. XXXI, n° 2, p. 41-64.
- Bourque, M. 2004. «Répression et conciliation. Les deux modèles de politiques sociales au Canada», dans Canet, R. et Duchastel, J. *La régulation néolibérale. Crise ou ajustement*. Montréal, Athéna Éditions, p. 325-362.
- Breton, M. 1999. «Les étapes de l'empowerment en régime démocratique : vers un modèle de pratique». *Intervention*, avril, n° 109, p. 43-53.
- Brisson, P. 1992. «Prévention des toxicomanies et promotion de la santé : des stratégies de contrôle aux pratiques d'autodétermination». *Psychotropes*, vol. 7, n° 3, p. 59-63.

- Brisson, P. (dir.). 1994. *L'usage de drogues et la toxicomanie. Volume II*. Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 549 pages.
- , 1995. «La réduction des méfaits : considérations historiques et critiques». *L'écho toxico*, vol. 6, n° 2, p. 2-4
- , 1996. «Prévenir le mal de vivre à l'orée de l'an 2000 : réduction des méfaits et promotion de la santé collective». *L'écho toxico*, vol. 6, n° 2, p. 13.
- , 1997. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 109 pages.
- , 2000. «Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle», dans Brisson, P. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 3-44.
- Canet, R. et Duchastel, J. (dir.). 2004. *La régulation néolibérale. Crise ou ajustement*. Montréal, Athéna Éditions, 390 pages.
- Carrier, N. et Quirion, B. 2003. «Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites: la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation», *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, p. 4-34.
- Castel, R. 1981. *La gestion des risques*. Paris, Les Éditions de Minuit, 225 pages.
- , (dir.). 1992. *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités*. Paris, Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité (GRASS), 302 pages.
- , 1994a. «Les sorties de la toxicomanie», dans Ogien, A. et Mignon, P. *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française, p. 23-30
- , 2003. «Des individus sans supports», dans Châtel, V. et Soulet, M.-H. *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 51-61.

- Castel, R. et Haroche, C. 2001. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*. Paris, Fayard, 211 pages.
- Charbonneau, J. 1998. «Lien social et communauté locale : quelques questions préalables». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 39, p. 115-126.
- , 2001. «Notes de lecture du rapport Clair». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 46, p. 177-181.
- Châtel, V. et Soulet, M.-H. (dir.). 2003. *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 214 pages.
- Chevalier, N., Otis, J. et Desaulniers, M. P. 1994. *Éduquer pour prévenir le sida*. MNH, 343 pages.
- Clark, C. 1998. «Self-determination and Paternalism in Community Care : Practice and Prospects». *British Journal of Social Work*, n° 28, p. 387-402.
- Clément, M. et Bolduc, N. 2004. «Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire», dans Saillant, F. *et al.*, *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec, Éditions Nota bene, p. 61-82.
- CPLT. 1999. *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 16 pages.
- CQCS. 1999. *L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues. Programme de formation*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 59 pages.
- CQCS. 1991. *Rapport d'activités 1990-1991*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 25 pages.
- CQCS. 1990. *Bilan des efforts de lutte contre le sida, 1989-1990*. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 34 pages.

- Dallaire, N. et Chamberland, C. 1996. «Empowerment, crises et modernité». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 15, n° 2, p. 87-107.
- Damant, D. Paquet, J. et Bélanger, J. 2001. «Recension critique des écrits sur l'empowerment ou quand l'expérience de femmes victimes de violence conjugale fertilise des constructions conceptuelles». *Recherches féministes*, vol. 14, n° 2, p. 133-154.
- Damon, J. 2002. «La dictature du partenariat. Vers de nouveaux modes de management public». *Futuribles*, n° 273, p. 27-41.
- De Gaulejac, V. 2005. *La société malade de gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris, Éditions du Seuil, 275 pages.
- Delor, F. et Hubert, M. 2000. «Revisiting the concept of «vulnerability»». *Social Sciences and Medicine*, vol. 50, n° 11, p. 1557-1570.
- Delor, F. 1997. *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontre du risque*. Paris, L'Harmattan, 379 pages.
- Desrosiers, G., Gaumer, B. et Keel, O. 1998. *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 187 pages.
- Donzelot, J. et Estèbe, P. 1994. *L'État animateur. Essai sur la politique de la ville*. Paris, Éditions Esprit, 238 pages.
- Dozon, J.-P. et Fassin, D. 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland, 362 pages.
- Dubar, C. 2000. *La Socialisation*. Paris : Armand Collin.
- Duchastel, J. 2004. «Du gouvernement à la gouvernance», dans Canet, R. et Duchastel, J. *La régulation néolibérale. Crise ou ajustement*. Montréal, Athéna Éditions, p. 17-47.

- Dumais, M. 1999. «La dynamique du communautaire dans les services de santé et les services sociaux au Québec», dans Fortin, P. *La réforme de santé au Québec*. Cahiers de recherche éthique, p. 177-193.
- Duval, M. et Fontaine, A. 2000. «Lorsque des pratiques différentes se heurtent : les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 1, p. 49-67.
- Ehrenberg, A. 2001a. *Le culte de la performance*. Paris, Hachette Littératures, 323 pages.
- . 2001b. *L'individu incertain*. Paris, Hachette Littératures, 351 pages.
- Epp, J. 1986. *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- Erickson, P. 1999. «Introduction : The Three Phases of Harm Reduction. An Examination of Emerging Concepts, Methodologies, and Critiques». *Substance Use & Misuse*, vol. 34, n° 1, p. 1-7.
- Estèbe, P. 2001. «Solidarités urbaines : la responsabilisation comme instrument de gouvernement». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 46, p. 151-162.
- Ewald, F. et Kessler, D. 2000. «Les noces du risque et de la politique». *Le Débat*, mars-avril, p. 55-72.
- Farley, M., Keel, O. et Limoges, C. 1995. «Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885)», dans Keating, P. et Keel, O. *Santé et Société au Québec. XIX^e-XX^e siècle*. Montréal, Boréal, p. 85-114.
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Presses universitaires de France, 324 pages.
- . 2000a. «Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, p. 58-78.

- , (dir.). 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, 269 pages.
- Fischer, B. 1994. «Drugs, Communities, and «Harm Reduction in Germany : The New Relevance of «Public Health». Principles in Local Responses». *Journal of Public Health Policy* vol. 16, n° 4, p. 389-411.
- Fortin, A. 2003. «Les organismes et groupes communautaires», dans Lemieux, V., Bergeron, P. , Bégin, C. et Bélanger, G. *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval. p. 201-226.
- Foucault, M., Barret Kriegel, B., Thalamy, A., Beguin, F. et Fortier, B. 1979. *Les machines à guérir*. Paris, Pierre Mardaga, 184 pages.
- Foucault, M. 1971. *L'ordre du discours*. Paris, Gallimard, 81 pages.
- , 1980. *L'archéologie du savoir*. Paris, Gallimard, 275 pages.
- , 1988. *Naissance de la clinique*. Paris, Presses universitaires de France, 214 pages.
- , 1997. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard, 360 pages.
- , 2001a. *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris, Gallimard, 211 pages.
- , 2001b. «Naissance de la bio-politique», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 818-825.
- , 2001c. «Les mailles du pouvoir», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 1001-1020.
- , 2001d. «La politique de la santé au XVIII^e siècle», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 725-742.

- . 2001e. «Naissance de la médecine sociale», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 207-228.
- . 2001f. ««Omnes et singulatim» : vers une critique de la raison politique», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 953-980.
- . 2001g. «La technologie politique des individus», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 1632-1647.
- . 2001h. «Le discours ne doit pas être pris comme...», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 123-124.
- . 2001i. «Entretien avec Michel Foucault», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 140-160.
- . 2001j. «Pouvoir et savoir», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 399-414.
- . 2001k. «Entretien avec Michel Foucault», dans *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris, Gallimard Quarto, p. 1025-1042.
- . 2001l. «Le souci de la vérité», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 1487-1497.
- . 2001m. «Michel Foucault explique son dernier livre», dans *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris, Gallimard Quarto, p. 799-807.
- . 2001n. «La scène de la philosophie», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 571-595.
- . 2001o. «Le jeu de Michel Foucault», dans *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard Quarto, p. 298-329.
- . . *Sécurité, territoire, population*. Paris, Gallimard Seuil, 435 pages.
- . 2004b. *Naissance de la biopolitique*. Paris, Gallimard Seuil, 355 pages.

- Franssen, A. 2003. «Le sujet au coeur de la nouvelle question sociale». *La Revue nouvelle*, décembre, p. 10-51.
- Gaumer, B., Desrosiers, G. et Keel, O. 2002. *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal, 1865-1975*. Québec, Les presses de l'Université Laval, 277 pages.
- Gaucher, D. 1995. «La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : De la santé publique à la médecine préventive», dans Keating, P. et Kell, O. *Santé et Société au Québec. XIX^e-XX^e siècle*. Montréal, Boréal, p. 161-188.
- Gaudin, J.-P. 2004. *L'action publique. Sociologie et politique*. Paris, Presses de Sciences Po/Dalloz, 243 pages.
- , 2002. *Pourquoi la gouvernance*. Paris, Presses de Sciences Po, 138 pages.
- , 1999. *Gouverner par contrat*. Paris, Presses de Sciences Po, 233 pages.
- Germain, A., Morin, R. et Sénécal, G. 2004. «L'évolution du mouvement associatif montréalais : un retour au territoire programmé par l'État». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 52, p. 129-138.
- Giroux, G. 2001. *L'État, la société civile et l'économie*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 251 pages.
- Goulet, D., Lemire, G. et Gauvreau, D. 1996. «Des Bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique 1886-1926». *Revue d'histoire de l'amérique française*, vol. 49, n° 4, p. 491-520.
- Grace, V. M. 1991. «The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer : a Critique of Health Promotion». *International Journal of Health Services*, vol. 21, n° 2, p. 329-343.

- Gourmelon, N. 1997. *Les «boutiques» ou dispositifs «bas seuil» : une nouvelle approche des toxicomanes en temps de sida. Étude de quelques dispositifs en place, et analyse des représentations des différents agents et des usagers de drogues*. France, Ministère du Travail et des Affaires sociales, direction générale de la santé.
- Gouvernement du Québec. 1970. *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Volume 3 : Le développement*. Québec, 242 pages.
- , 1988. *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Les publications du Québec, 803 pages.
- Guérard, F. 1996a. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal, Boréal, 124 pages.
- , 1996b. «L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation». *Recherches sociographiques*, vol. XXXVII, n° 2, p. 203-227.
- Hankins, C. 1997. «Le sida et les comportements sexuels à risque : toxicomanie, incarcération et prostitution», dans Lévy, J. et Cohen, H. (dir.). *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, p. 237-271.
- Hermet, G., Kazancigil, A. et Prud'homme, J.-F. (dir.). 2005. *La gouvernance. Un concept et ses applications*. Paris, Éditions Karthala, 225 pages.
- Hudebine, H. 2001a. «L'impact des héritages et des sensibilités sur les politiques de la drogue», dans Dozon, J.-P. et Fassin, D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland, p. 145-178.
- , 2001b. Un succès ambigu. La formation et la mise en oeuvre des politiques britanniques de réduction des risques (1985-97). Paris, Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique, Université de Paris 13, INSERM, 46 pages.

- INSPQ. 2005. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2004. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2004*. Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, 62 pages.
- INSPQ. 2002a. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec, 50 pages.
- . 2002b. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue des acteurs de directions de santé publique*. Québec, 40 pages.
- . 2002c. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Revue de littérature*. Québec, 46 pages.
- . 2002d. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Document résumé*. Québec, 4 pages.
- Jacob, É. 1996. «Les structures «bas-seuil» : Nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion à minima des «populations à risques»»? *Prévenir*, n° 32, p. 103-113.
- Jobert, B. (dir.). 1994. *Le tournant néo-libéral en Europe*. Paris, L'Harmattan, 328 pages.
- . 1995. «La fin de l'État tutélaire». *Cahiers de recherche sociologique*. n° 24, p. 107-126.
- Joubert, M. 1995. «Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins». *Prévenir*, n° 27, p. 93-104.

- , 1998. «La mobilisation sélective des professionnels de santé au niveau local. À propos de la prise en charge des usagers de drogues touchés par le sida». Paris, ANRS, Collection sciences sociales et sida, p. 83-98.
- Joubert, M., Jacob, M., Mougin, C. et Weinberger, M. 1999. *Les usagers de drogues et le sida : aléas et enjeux de la construction des politiques locales de santé publique*. Paris, GRASS, 334 pages.
- Kazancigil, A. 2002. «La gouvernance : itinéraire d'un concept», dans Santiso, J. *À la recherche de la démocratie. Mélanges offerts à Guy Hermet*. Paris, Éditions Karthala, p. 121-131.
- Keating, P. et Keel, O. (dir.). 1995. *Santé et Société au Québec. XIX^e-XX^e siècle*. Montréal, Boréal, 272 pages.
- Keel, O. et Keating, P. 1995. «Autour du Journal de Médecine de Québec/Quebec Medical Journal (1826-1827) : programme scientifique et programme de médicalisation», dans Keating, P. et Keel, O. *Santé et Société au Québec. XIX^e-XX^e siècle*. Montréal, Boréal, p. 35-59.
- Kinsman, G. 1996. «Responsability as a strategy of governance : regulating people living with AIDS and lesbians and gay men in Ontario». *Economy and Society*, vol. 25, n° 3, p. 393-409.
- Klein, J.-L. 1995. «De l'État-providence à l'État accompagnateur dans la gestion du social : le cas du développement régional au Québec». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 33, p. 133-141.
- Kübler, D. 1993. *L'État face à la toxicomanie : action publique et contrat social*. Lausanne : Université de Lausanne/Institut de Science Politique, 118 pages.
- , 2000. *Politique de la drogue dans les villes suisses, entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en oeuvre*. Paris, L'Harmattan, 311 pages.

- Laperrière, H., Lévesque, P. -A., Perreault, M. et Morissette, C. 2004. *Évaluation des pratiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues par injection (UDI) à Spectre de rue*. Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), 104 pages.
- La Ruche, G. 2000. *La mise en place d'une boutique d'accueil pour toxicomanes entre une exigence de santé publique et des enjeux sociaux*. Rennes, École Nationale de la Santé Publique (ENSP), 71 pages.
- Le Breton, D. 1996. *Passions du risque*. Paris :Métailié.
- Lecorps, P. et Paturet, J.-B. 1999. *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*. Rennes, Éditions ENSP, 186 pages.
- Lemieux, C. et Barthe, Y. 1998. «Les risques collectifs sous le regard des sciences du politique». *Politix*, n° 44, L'Harmattan, p. 7-28
- Lesemann, F. 2001. «De l'État-Providence à l'État Partenaire», dans Giroux, G. *L'État, la société civile et l'économie*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 15-46.
- Levasseur, C. 2006. *Incertitude, pouvoir et résistances : les enjeux du politique dans la modernité*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 432 pages.
- Lévesque, P. -A., Billette, I., Lafleur, I., van Caloen, B., Perreault, M., Morissette, C. et Hankins, C. 2001. *Vulnérabilité aux risques et prévention du VIH auprès des UDI du centre-ville de Montréal : évaluation des pratiques d'intervention à CACTUS-Montréal*. Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), 109 pages.
- Lévesque, P. -A. 2005. *Représentations de l'action intersectorielle dans la lutte contre le VIH : points de vue d'acteurs du secteur de la santé publique de la région de Montréal-centre*. Montréal, dactylographié, 25 pages.
- Lévy, J. et Cohen, H. (dir.). 1997. *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, 537 pages.

- Lovell, Anne M. 2001a. «Ordonner les risques : l'individu et la pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues», dans Dozon, J.-P. et Fassin, D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland, p. 309-341.
- Lupton, D. 1993. «Risk as Moral Danger : The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health». *International Journal of Health Services*, vol. 23, n° 3, p. 425-435.
- , 1995. *The Imperative of Health : Public Health and the Regulated Body*. London/Thousand Oaks, Sage Publications.
- Martin Spiegelman Research Associates. 2002. *Le VIH/sida et la santé de la population : Leçons pour la coordination de l'action et des politiques*. Document de discussion pour le Conseil ministériel sur le VIH/ sida, Santé Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca>.
- Massé, R. 1999. «La santé publique comme nouvelle moralité», dans Fortin, P. *La réforme de santé au Québec*. Cahiers de recherche éthique, p. 155-174.
- , 2003. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 413 pages.
- McCubbin, M., Cohen, D. et Dallaire, B. 2003. *Obstacles à l'empowerment en travail social : vers un changement professionnel dans les interventions en santé mentale*. Montréal, GRASP, Travaux en cours, dactylographié, 40 pages.
- Merrien, F.-X. 1999. «La nouvelle gestion publique : un concept mythique». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 41, p. 95-103.
- Moatti, J.-P. , Hausser, D. et Agrafiotis, D. 1997. «Understanding HIV Risk-related Behaviour : A Critical Overview of Current Models», dans Van Campenhoudt, L., Cohen, M., Guizzardi, G. et Hausser, D. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London, Taylor et Francis, p. 100-126.

- Morales, L. et Morel, A. 1998a. *Étude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques en Europe*. Fédération Européenne des Intervenants en Toxicomanie (ERIT), 172 pages.
- , 1998b. «Étude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques en Europe». *Interventions*.
- Morissette, M. R. 1994. «L'avenir de l'éducation face au sida : un enjeu individuel, social et politique?», dans Chevalier, N. *et al.*, *Éduquer pour prévenir le sida*. MNH, p. 317-324.
- Mruk, C. 1995. *Self-Esteem. Research, Theory and Practice*. New York, Springer Publishing Company, 230 pages.
- MSSS. 1990. *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec, Gouvernement du Québec, 91 pages.
- , 1992. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, Gouvernement du Québec, 192 pages.
- , 2003a. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour au 31 décembre 2003. Province de Québec*, Direction générale de la santé publique. Programme de surveillance du sida du Québec, 24 pages.
- , 2003b. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003. Mise à jour au 31 décembre 2003. Région de Montréal-centre (région 06)*, Direction générale de la santé publique. Programme de surveillance du sida du Québec, 12 pages.
- , 2004a. *Surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2004*. Québec, Gouvernement du Québec, 39 pages.
- , 2004b. *Programme de soutien aux organismes communautaires 2005-2006*. Québec, 32 pages.

- Ninacs, W.A. 1995. «Empowerment et service social : approches et enjeux». *Service social*, vol. 44, n° 1, p. 69-93.
- OMS. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, Association canadienne de santé publique.
- O'Neill, M., Dupéré, S., Perderson, A. et Rootman, I. (dir.). 2006. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Lévis, Les Presses de l'Université Laval, 510 pages.
- O'Neill, M. et Cardinal, L. 1998. «Ambiguïtés en promotion de la santé». *Recherches sociographiques*, vol. XXXIX, n° 1, p. 9-37.
- Perreault, M., Rousseau, M., Mercier, C., Lauzon, P. , Gagnon, C. et Côté, P. 2003. «Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits : le rôle d'un programme à exigences peu élevées». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 94, n° 3, p. 197-200.
- 2002. «Relais-Méthadone, implantation d'un programme à exigence peu élevé», dans Godin, G., Lévy, J.-J. et Trottier, G. *Vulnérabilités et prévention VIH/sida. Enjeux contemporains*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 241-251.
- Perreault, M., Lauzon, P. , Mercier, C., Rousseau, M. et Gagnon, C. 2001. «Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone», dans Landry, M., Guyon, L. et Brochu, S. *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 95-135.
- Perreault, M. 1994. «MTS-sida. Construction sociale d'une épidémie mondiale», dans Dumont, F., Langlois, S. et Martin, Y. *Traité des problèmes sociaux*. Québec, IQRC, p. 197-221.
- Pierre-Deschênes, C. 1995. «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», dans Keating, P. et Keel, O. *Santé et Société au Québec. XIX^e-XX^e siècle*. Montréal, Boréal, p. 115-132.

- Procacci, G. 2003. «Exclusion et revendication citoyenne», dans Châtel, V. et Soulet, M.-H. *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 99-111.
- Quirion, B. 2003. «Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de la régulation de la pratique psychotrope». *Déviance et Société*, vol. 26, n° 4 p. 479-495.
- , 2000. *La prise en charge par l'État de l'usage psychotrope au Canada : une analyse des transformations du contrôle social*. Montréal, UQAM, Thèse de doctorat en sociologie, 469 pages.
- Renaud, M. 1977. «Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé». *Sociologie et Sociétés*, vol. 9, n° 1, p. 127-152.
- , 1995. «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État «narcissique»», dans Keating, P. et Kell, O. *Santé et Société au Québec. XIX^e-XX^e siècle*. Montréal, Boréal, p. 189-217.
- René, J.-F., Goyette, M., Bellot, C., Dallaire, N. et Panet-Raymond, J. 2001. «L'insertion socioprofessionnelle des jeunes : le prisme du partenariat comme catalyseur de la responsabilité». *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 46, p. 125-139.
- Richard, L. et Gauvin, L. 2006. «L'Élaboration et la réalisation d'interventions écologiques en promotion de la santé», dans O'Neill, M., Dupéré, S., Perderson, A. et Rootman, I. (dir.). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Lévis, Les Presses de l'Université Laval, p. 421-435.
- Riley, D. 1994. «La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques», dans Brisson, P. (dir.). *L'usage de drogues et la toxicomanie. Volume II*. Boucherville, gaëtan morin éditeur, p. 129-149.

- Riley, D. 1993. *Le modèle de réduction des méfaits. Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*. Ottawa, CCLAT, 15 pages.
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. et Topp, J. 1999. «Harm Reduction : Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper». *Substance Use & Misuse*, vol. 35, n° 1, p. 9-24.
- Rivard, P. 1992. «Corps, sexe et pouvoir : pour une problématique foucauldienne de l'épidémie du sida». *Sociologies et sociétés*, vol. XXIV, n° 1, printemps, p. 123-140.
- Rouillard, C., Montpetit, É., Fortier, I. et Gagnon, A.-G. 2004. *La réingénierie de l'État. Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 181 pages.
- Roy, S., Perreault, M., Lévesque, P. -A., Billette, I. et Vanasse, V. 2005. *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida. Volet 1 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal*. Montréal, Collectif de recherche sur l'itinérance et l'exclusion sociale (CRI), 106 pages.
- RRSSS-MC. 2003. *Programme de soutien aux organismes communautaires. Exercice financier 2003-2004*. Montréal, Service des activités communautaires, juin, 81 pages.
- Saillant, F., Clément, M. et Gaucher, C. 2004. *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec, Éditions Nota bene, 333 pages.
- Saint-Martin, D. 2005. «La gouvernance comme conception de l'État de la «troisième voie» dans les pays anglo-saxons», dans Hermet, G. et al., *La gouvernance. Un concept et ses applications*. Paris, Éditions Karthala, p. 83-96.
- Sauvageau, L. 1997. «Les politiques de santé nationale et le sida», dans Lévy, J. et Cohen, H. (dir.). *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal, Éditions du Méridien, p. 433-462.

- Singer, M. 1997. «Needle Exchange and AIDS Prevention : Controversies, Policies and Research». *Medical Anthropology*, vol. 18, p. 1-12.
- Tremblay, M. 1999. «Une démocratie en santé : utopie ou réalité», dans Fortin, P. *La réforme de santé au Québec*. Cahiers de recherche éthique, p. 77-131.
- Triantafillou, P. et Nielson, M.R. 2001. «Policing empowerment : the making of capable subjects». *History of the Human Sciences*, vol. 14, n° 2, p. 63-86.
- Turgeon, J., Anctil, H. et Gauthier, J. 2003. «L'Évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture?», dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 93-117.
- van Campenhoudt, L. 1998. «Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements face au risque du VIH», dans *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. Paris, ANRS, collection Sciences Sociales et Sida, p. 71-80.
- van Campenhoudt, L., Rémy, J. Peto, D. et Hubert, M. 1994. «La relation sexuelle comme transaction sociale : à partir des réactions au risque du sida», dans Blanc, M. *Vie quotidienne et démocratie : pour une sociologie de la transaction sociale*. Paris, L'Harmattan, Collection logiques sociales, p. 93-112.
- Wells, L.E. et Marwell, G. 1976. *Self-Esteem*. London, Sage Publications, 290 pages.
- Wojciechowski, J.-B., 1997a. *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*. Paris, L'Harmattan, tome 1, 219 pages.
- , 1997b. *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*. Paris, L'Harmattan, tome 2, 316 pages.
- , 1998. «Incidences (Ou Ainsi Dansent). Substitutions et Institutions». *Interventions*, n° 66.

ANNEXE 1

DOCUMENTS DU CORPUS DE DISCOURS

PALIER NATIONAL

Groupe de travail sur le sida (présidé par Denise Laberge-Ferron). 1988. *Rapport synthèse*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 174 pages.

Comité de prévention du sida (présidé par Richard Lessard). 1988. *Plan d'orientation et d'action pour la prévention du sida au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 pages

CQCS. 1991a. *Rapport de consultation concernant la prévention des M.T.S. et de l'infection à V.I.H. pour les années 1992 à 1995*. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 73 pages.

CQCS. 1991b. *Sida. Document 1. Rapport sur la prévention : Orientations*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 37 pages.

CQCS. 1991c. *Sida. Document 2. Prévention de l'infection par le VIH auprès des jeunes : cadre de référence pour l'intervention en dehors du milieu scolaire*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 16 pages.

CQCS. 1992. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement : phase 3 : plan d'action 1992-1995*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 pages.

CQCS. 1994. *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 pages.

CQCS. 1996. *Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la stratégie québécoise de lutte contre le sida*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 110 pages.

- CQCS. 1997. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida : phase 4 : orientations 1997-2002*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 pages.
- CQCS. 1998. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida : phase 4 : plan d'action 1998-2000*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 pages.
- MSSS. 2001. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention et actions*, Québec, 58 pages.
- INSPQ. 2002. *Bilan de la mise en oeuvre des orientations nationales en matière de VIH/sida, de MTS et de VHC : les points de vue des régions. Rapport synthèse*. Québec, Direction de santé publique et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 35 pages.
- MSSS. 2002. *Agir ensemble. Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*. Québec, 19 pages.
- MSSS. 2004. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*. Gouvernement du Québec, Programme national de santé publique 2003-2012, 56 pages.

PALIER RÉGIONAL

- Arcand, Lyne. 1990. *La transmission du VIH chez les toxicomanes : État de la situation sur le territoire du D.S.C. Maisonneuve-Rosemont*. Montréal, Département de santé communautaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 32 pages.
- Roy, É. et Thabet, C. 1991a. *Proposition de stratégies d'action en prévention de l'infection au VIH et du sida à l'intention de la population toxicomane des régions de Montréal métropolitain et de Laval. Partie 1 : état de la situation*. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida, 57 pages.

- Roy, É. et Thabet, C. 1991b. *Proposition de stratégies d'action en prévention de l'infection au VIH et du sida à l'intention de la population toxicomane des régions de Montréal métropolitain et de Laval. Partie II : synthèse et plan d'action*. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida, 49 pages.
- DSC Maisonneuve-Rosemont. 1992. *Pic-Atouts : Programme d'intervention communautaire pour la prévention du sida auprès des toxicomanes utilisant des seringues du quartier Hochelaga-Maisonneuve. Bilan des activités réalisées au 31 mars 1992 et perspectives de développement*. Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 23 pages.
- Hankins, C., Gendron, S., Roy, É. et Bruneau, J. 1993. *Évaluation de CACTUS-Montréal. Projet-pilote d'intervention auprès des utilisateurs de drogues par injection*. Montréal, Centre d'études sur le sida, Hôpital général de Montréal, 23 pages.
- Beauchemin, J., Bibeau, G. et Morissette, C. 1994. *Évaluation de Pic-Atouts : un programme pilote de prévention de l'infection par le VIH pour les utilisateurs de drogues injectables du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal (septembre 1991 - mars 1993) : rapport final*. Montréal, DSP de Montréal-centre, 22 pages.
- Morissette, C. 1994a. *Bilan critique des interventions de santé publique en sida à Montréal : VIH et toxicomanie*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-centre, dactylographié, 4 pages.
- Morissette, C. 1994b. *Bilan de l'état de santé de la population toxicomane en regard du VIH/sida*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-centre, dactylographié, 17 pages + annexes.
- RRSSS de Montréal-centre. 1996. *Consultation pour l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Dossier prévention - usagers de drogues injectables*. Montréal, 180 pages.

- DSP de Montréal-centre. 1996. *Plan d'action régional de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Montréal-centre. Planification 1996-1997 et perspectives pour la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Établissement d'un continuum de services intégrés pour les personnes qui font usage de drogues intraveineuses*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, dactylographié, 14 pages.
- DSP de Montréal-centre. 1997a. *Bulletin de l'unité des maladies infectieuses*. vol. 2, n° 3, août, 7 pages. Numéro consacré à la prévention du VIH auprès des UDI et à la réduction des méfaits.
- DSP de Montréal-centre. 1997b. *Rapport d'activités du plan d'action régional de prévention des MTS et du VIH auprès des usagers de drogues par injection de Montréal-centre 1996-1997*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 26 pages.
- DSP de Montréal-centre. 1997c. *Plan d'action régional de prévention des maladies transmissibles sexuellement et par le sang y compris du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Montréal-centre. Vers un continuum de services intégrés pour les personnes qui font usage de drogues intraveineuses*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, dactylographié, 4 pages.
- RRSSS de Montréal-centre. 1999. *Plan d'amélioration des services en VIH-sida (1998-2002). Plan régional VIH/sida*. Montréal, Direction de la programmation et coordination et Direction de la santé publique, 23 pages.
- RRSSS de Montréal-centre. 2000a. *Cadre de référence du programme de prévention du VIH-sida et autres MTS. Plan régional VIH/sida*. Montréal, Direction de la santé publique, Unité des maladies infectieuses, 22 pages.
- RRSSS de Montréal-centre. 2000b. *Rapport de la tournée des organismes communautaires «Catégorie sida», automne 1999. Plan régional VIH/sida*. Montréal, Direction de la programmation et coordination et Direction de la santé publique, 29 pages.

RRSSS de Montréal-centre. 2000c. *Cadre de référence du Programme de soutien aux organismes communautaires «Catégorie sida». Plan régional VIH/sida*. Montréal, Direction de la programmation et coordination, 18 pages.

DSP de Montréal-centre. 2001. *Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 1997 à mars 1999. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-centre*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 34 pages.

DSP de Montréal-centre. 2002a. *Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 1999 à mars 2000. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-centre*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 40 pages.

DSP de Montréal-centre. 2002b. *Guide d'implantation d'un service de distribution et de récupération de seringues dans le cadre du projet d'adaptation des services de première ligne pour les usagers de drogues par injection. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-centre*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 17 pages.

DSP de Montréal-centre. 2003. *Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2000 à mars 2002. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-centre*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 41 pages.

DSP de Montréal-centre. 2004. *Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2002 à mars 2003. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal-centre*. Montréal, Unité des maladies infectieuses, 43 pages.

ANNEXE 2
EXTRAITS DU CORPUS DE DISCOURS

Grille de lecture du corpus (entrée au corpus):

1. ÉPIDÉMIE: ÉVOLUTION, DANGER, CONTRÔLE, ETC (PROVINCIAL)
 - 1.1 Phases 1 et 2 1987-1991
 - 1.2 Phase 3 = 1992-1996
 - 1.3 Phase 4 = 1997-2002
2. ATTRIBUTION DES RISQUES: GROUPE À RISQUE, POPULATION PARTICULIÈRE, ETC. (PROVINCIAL)
 - 2.1 Phases 1 et 2 1987-1991
 - 2.2 Phase 3 = 1992-1996
 - 2.3 Phase 4 = 1997-2002
 - 2.4 Phase 5 = 2003-2009
3. PRÉVENTION: COMPORTEMENT, ETC. (PROVINCIAL)
 - 3.1 Phases 1 et 2 1987-1991
 - 3.2 Phase 3 = 1992-1996
 - 3.3 Phase 4 = 1997-2002
 - 3.4 Phase 5 = 2003-2009
4. AGIR PRÉVENTIF ET SUJET À RISQUE (PROVINCIAL)
 - 4.1 Phases 1 et 2 1987-1991
 - 4.2 Phase 3 = 1992-1996
 - 4.3 Phase 4 = 1997-2002
 - 4.4 Phase 5 = 2003-2009
5. PROMOTION DE LA SANTÉ
 - 5.1 PROVINCIAL
 - 5.1.1 Phase 4 = 1997-2002
 - 5.1.2 Phase 5 = 2003-2009
 - 5.2 RÉGIONAL

6. RM ET CONTEXTE DE RM (PROMOTION DE LA SANTÉ, ETC.)

6.1 PROVINCIAL

6.1.1 Phase 3 = 1992-2006

6.1.2 Phase 4 = 1997-2002

6.1.3 Phase 5 = 2003-2009

6.2 RÉGIONAL

7. PARTICIPATION/IMPLICATION DE LA «COMMUNAUTÉ» DANS LA PRÉVENTION

7.1 PROVINCIAL

7.1.1 Phases 1 et 2 1987-1991

7.1.2 Phase 3 = 1992-1996

8. PARTENARIAT ET MOBILISATION

8.1 PROVINCIAL

8.1.1 Phase 4 = 1997-2002

8.1.2 Phase 5 = 2003-2009

8.2 RÉGIONAL

1. ÉPIDÉMIE: ÉVOLUTION, DANGER, CONTRÔLE, ETC.

1.1 Phases 1 et 2 1987-1991

Le SIDA a bouleversé, en quelques années, une certaine routine établie dans les services de santé des pays industrialisés. Toute épidémie a son "histoire naturelle" nul ne sait où en est exactement l'épidémie de SIDA actuellement à son début, à son apogée, à sa fin? Verra-t-on, après un "pic" épidémique, une décroissance du nombre de personnes infectées pour éventuellement voir la maladie disparaître? Ou, au contraire, après avoir atteint une certaine fréquence dans la population générale, l'infection conservera-t-elle ce taux pendant une très large période de temps, pour devenir endémique? Il est trop tôt pour le dire. Cela dépend du virus, des mesures de prévention qui seront prises, de l'éventuelle disponibilité d'un vaccin. Dans tous les cas cependant, le nombre de malades du SIDA ne peut qu'augmenter de façon importante dans les prochaines années à cause du nombre de personnes déjà infectées (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.ix).

De même, reconnaître le caractère épidémique de la maladie est important pour comprendre que la lutte contre le SIDA doit mobiliser des énergies, des ressources intellectuelles et matérielles tout à fait spéciales. Plus de six cent quarante personnes, dont près de la moitié sont décédées, ont présenté un SIDA jusqu'à maintenant au Québec. On s'attend à ce que près de 1 200 personnes aient été atteintes à la fin de l'année prochaine. Dix à quinze mille personnes deviendront sans doute porteuses du virus, la plupart ayant entre 20 et 45 ans. La transmission est avant tout sexuelle. Or, les pratiques sexuelles ne se modifient pas du jour au lendemain et les orientations et relations sexuelles sont une composante fondamentale de la personnalité, de l'identité et de la vie sociale; la sexualité a, bien entendu, rapport à une pulsion fondamentale, celle de la reproduction (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.1).

Une épidémie est une fréquence très inhabituelle d'une maladie. Le terme ne préjuge pas de la transmissibilité de la maladie ni de l'importance du phénomène (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.1).

Maintenir et même diminuer le taux d'infection demande cependant de plus en plus d'énergie pour soutenir l'effort que cela suppose de la part de chacun et de chaque institution. De plus, l'épidémie semble maintenant se développer de façon importante chez les toxicomanes dans plusieurs pays et le Québec ne sera peut-être pas épargné.

Même si la transmission du virus était totalement interrompue aujourd'hui, ce qui n'est évidemment pas le cas, il resterait que les dix prochaines années verraient le nombre de malades du SIDA augmenter de façon importante, à cause de la déclaration de la maladie chez les personnes déjà infectées. Il est même probable qu'à relativement court terme, le nombre de personnes à traiter soit décuplé si, comme tout le laisse prévoir, un traitement devait être proposé à certaines personnes infectées (séropositives) avant qu'elles ne soient malades. On aurait alors des milliers de personnes à traiter en plus chaque année au Québec (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.2).

Constats préalables

Le SIDA est une infection particulière, qui se distingue actuellement des autres maladies par toute une série de critères qui justifient qu'une politique spécifique soit déterminée et mise en

oeuvre sous la forme d'actions spécifiques. Il est important de reconnaître cette spécificité pour d'une part, éviter que la lutte contre le SIDA se fasse au détriment des autres maladies et, d'autre part, pour qu'une certaine équité soit conservée dans la distribution des soins et des services. Les spécificités sont décrites ci-dessous:

- . le SIDA est une épidémie. Cette constatation d'évidence doit être rappelée pour indiquer qu'il s'agit d'un problème qui survient en plus des autres problèmes de santé;

- . or il s'agit d'une épidémie qui touche principalement des personnes jeunes (20 à 40 ans), c'est-à-dire à un âge où la probabilité de mourir et d'être malade est d'ordinaire faible; il s'agit donc bien d'une cause de mortalité prématurée et supplémentaire;

- . la transformation de l'épidémie en endémie est possible à Montréal en particulier, comme c'est le cas à New York qui est considérée comme une région endémique au même degré que certains pays d'Afrique ou des Caraïbes par certains professionnels de la santé publique. D'ailleurs, le Québec a un profil épidémiologique particulier (Amérique du Nord + Caraïbes) (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.33).

Aspects généraux

Les responsables de la santé publique ont l'obligation morale et légale de prévenir la propagation des infections et des maladies contagieuses susceptibles d'entraîner la mort. Ce fait incontestable est fondé sur l'appréhension que, pour le bien de la collectivité, il est justifiable dans certaines conditions, d'obliger des individus à accepter de subir des atteintes à leur liberté. Dans ce contexte, il n'y a en soi rien de contraire à l'éthique que de conférer aux responsables de la santé le pouvoir d'imposer certaines pratiques sanitaires, comme les tests, la déclaration d'office, la relance des contacts, l'immunisation, les traitements et même l'isolement et la quarantaine.

Cependant, les valeurs, les croyances et les perceptions d'une société influencent grandement la façon dont s'établit le juste milieu entre le droit de l'individu à la liberté et à la vie privée, et le droit de la société à la protection de sa santé. Or, les sociétés diffèrent selon les périodes de l'histoire, et une société peut, à divers moments de son histoire, soutenir des points de vue très différents sur les conditions éthiques et juridiques pouvant justifier le recours à des mesures coercitives à l'endroit d'individus en vue de protéger la santé publique. Les mesures qui ont été imposées au Canada dans le passé pour lutter contre les maladies vénériennes peuvent ne pas refléter nos opinions et valeurs actuelles et n'être ni nécessaires ni efficaces dans le combat qu'on livre aujourd'hui contre l'infection par le VIH et le SIDA (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.49-50).

LA PRÉVENTION ET SES BASES SCIENTIFIQUES

CADRE

Alors qu'il vaut toujours mieux "prévenir que guérir", le SIDA, maladie sans guérison, mortelle aujourd'hui à tout coup, place la santé publique devant un des défis les plus importants de son histoire, celui de l'obligation de la prévention et ce, dans un contexte où elle est dépourvue de certains de ses outils traditionnels: vaccin, dépistage efficace pour un traitement précoce, et alors même que les sociétés démocratiques se refusent évidemment aux méthodes coercitives: quarantaine, exclusion, etc.

La découverte d'un vaccin largement administrable avant cinq ans semble exclue. Les plus pessimistes doutent de la possibilité même de mettre jamais au point un vaccin efficace.

La voie de la prévention est donc étroite, mais c'est cette contrainte elle-même qui donne à la prévention son sens le plus entier. Dans un premier temps, la lutte contre l'épidémie a été un échec relatif au plan international; toutefois, la stabilité enregistrée récemment dans la séroprévalence de l'infection dans la population générale de certains pays de l'hémisphère nord est peut-être attribuable aux efforts de prévention effectués.

L'essentiel de la prévention du SIDA repose sur l'adaptation personnelle des pratiques sexuelles surtout, même si des mesures peuvent être prises au niveau environnemental pour faciliter cette adaptation- disponibilité des condoms par exemple - et si des mesures simples doivent s'appliquer pour limiter la transmission de façon active - comme les tests pour la transfusion de sang ou le don d'organes (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.83)

Recommandations générales

Recommandation n° 1

Le groupe de travail considère que le SIDA doit faire partie des préoccupations gouvernementales prioritaires. Dans la mesure où il s'agit d'une maladie nouvelle, imprévue, elle nécessite une politique, des actions et des ressources spécifiques dans le système de santé publique. La lutte contre le SIDA ne doit pas s'effectuer aux dépens des ressources actuellement consacrées aux autres maladies.

Recommandation n° 2

Un investissement très significatif et spécial de ressources financières et humaines doit être effectué, proportionnellement au développement de l'épidémie et dans une mesure relative aux autres causes de mortalité et d'invalidité, en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'une maladie évitable. Des ressources doivent alimenter la prévention, la prise en charge médicale et psychosociale, la recherche et la formation.

Recommandation n° 3

Le groupe de travail considère que la lutte contre le SIDA doit être coordonnée centralement, pour l'ensemble du Québec, grâce à des mécanismes permettant une adaptation rapide au déroulement de l'épidémie.

Recommandation n° 4

Le groupe de travail recommande que des études et recherches soient effectuées pour un suivi épidémiologique, une meilleure connaissance de la maladie et de son traitement, une meilleure efficacité du système de santé publique et une évaluation des coûts directs et indirects reliés au SIDA (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.155-156).

CE QUI EST VISE

Le grand objectif du programme de prévention proposé est de réduire la transmission du virus dans le but de diminuer l'incidence du SIDA. Les comportements à risque doivent faire l'objet de moyens de prévention adéquats auprès des groupes-cibles les plus vulnérables (Comité de prévention du sida, 1988, p.1).

Pour atteindre les résultats recherchés par la prévention, il faut mettre en oeuvre des moyens concrets. La diminution de la prévalence du VIH passe par une stratégie rigoureuse et serrée. On ne peut concevoir enrayer éventuellement le SIDA sans prendre dans des délais très courts tous les moyens, faute de quoi le retard déjà important au Québec par rapport au reste du Canada et aux Etats-Unis ne fera que s'accroître.

Il faut avoir des objectifs rigoureusement formulés, ce qui permettra d'évaluer plus précisément les résultats atteints et leur impact, de manière à réajuster le plan d'action au besoin (Comité de prévention du sida, 1988, p.53).

CONCLUSION

Le SIDA en l'an 2000: un fléau ou un souvenir? (Comité de prévention du sida, 1988, p.80).

1.2 Phase 3 = 1992-1996

Le Québec est la seconde province la plus affectée au Canada, avec 2 075 cas de sida déclarés au 15 juillet 1992. Il compterait en outre quelque 10 000 personnes séropositives. Comparativement aux autres provinces canadiennes, l'épidémie se distingue au Québec par un taux de transmission hétérosexuelle et maternofoetale (de la mère au fœtus) nettement plus élevé plus de 60 % des femmes et près de 75 % des enfants atteints du sida au Canada résident au Québec (CQCS, 1992, p.11).

L'épidémie frappe durement la population homosexuelle et bisexuelle, les utilisateurs de drogues injectables et les personnes provenant de pays endémiques. Mais ces populations ne sont plus les seules à être touchées. Avec le temps, en effet, la chaîne de transmission s'étend; elle menace maintenant de plus en plus les membres de la population hétérosexuelle qui se trouvent dans des contextes à risque (CQCS, 1992, p.11).

Depuis quelques années, la consommation de drogues par injection implique un risque d'être exposé au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le sida vient ainsi s'ajouter aux problèmes sociaux et aux autres risques affectant la santé des personnes utilisant des drogues, par exemple les abcès, les phlébites, l'hépatite B et l'hépatite C, l'intoxication et la détresse respiratoire, un mauvais état de santé général - risques qui ne sont pas étrangers au caractère illicite de la consommation de drogues dans notre société.

L'expérience de plusieurs pays montre qu'en l'absence d'intervention préventive, le nombre de personnes infectées par le VIH peut s'accroître de façon importante et rapide lorsque l'infection s'étend parmi les personnes qui font usage de drogues. Les données disponibles pour le Québec indiquent que la prévalence de l'infection se situerait entre 10 et 20 % chez les utilisatrices et les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Des données indiquent également que les taux de séroconversion sont élevés. Au Québec, l'usage de drogues par injection est un facteur en cause, seul ou avec d'autres facteurs de risque, dans 181 cas connus de sida, soit plus de 6 % des 2 806 cas rapportés de sida au Québec au 15 janvier 1994. On constate aussi que de tous les cas de sida rapportés chez les femmes, 27 % le sont chez des UDI. On estime de plus que de nombreux cas de sida chez les personnes qui font usage de drogues ne sont pas déclarés, voire non diagnostiqués. Tout porte à croire qu'une importante vague de propagation du VIH déferle présentement sur la population toxicomane et son entourage (CQCS, 1994, p.7).

Déjà en 1988, l'Organisation mondiale de la santé désignait les toxicomanes, surtout les UDI, comme une population cible quant aux actions à entreprendre. Reconnaissant l'urgence d'agir pour contrer la progression des taux d'infection par le VIH chez les toxicomanes, leurs partenaires sexuels et leurs enfants à naître, le ministère de la Santé et des Services sociaux considère les efforts de prévention visant cette population comme prioritaires partout où les besoins le justifient (CQCS, 1994, p.7).

Dans la plupart des pays industrialisés, la population des UDI constitue, après les hommes homosexuels, le deuxième groupe le plus souvent touché par le sida (CQCS, 1994, p.13).

D'autre part, l'usage de drogues associé au sida ne touche pas que les adultes, 75 % des cas de sida chez l'enfant rapportés aux États-Unis sont associés à l'usage de drogues par injection par les parents. Ces cas résultent de la transmission de l'infection d'une mère UDI ou de la partenaire sexuelle d'un UDI à son fœtus (CQCS, 1994, p.14).

Les utilisateurs de drogues par injection et l'épidémie

En plus de la menace que pose le VIH pour la sous-culture UDI, il existe un potentiel de transmission du VIH des UDI à certains segments de la population en général. Plusieurs études américaines et européennes ont démontré qu'au moins 40 % des UDI ont des relations avec des personnes qui n'utilisent pas de drogues par injection. Ce facteur, combiné au fait qu'environ le tiers des UDI sont des femmes en âge de procréer, explique pourquoi la transmission materno-foetale de l'infection par le VIH peut atteindre des niveaux substantiels dans des régions où l'on trouve un grand nombre d'adeptes des drogues par injection. L'utilisation de drogues par injection entraîne un potentiel sérieux de transmission du VIH non seulement parmi les personnes qui font usage de drogues, mais aussi pour les populations qui n'utilisent pas de drogues, ce qui entraîne dans ce cas une transmission hétérosexuelle et materno-foetale (CQCS, 1994, p.15).

Les taux de séropositivité observés depuis 1991 chez les UDI de Montréal laissent croire que l'on ait dépassé le seuil critique à partir duquel la vitesse de propagation de l'épidémie s'accroît de façon importante. Plusieurs experts internationaux considèrent en effet que les possibilités de contenir l'épidémie s'amenuisent de beaucoup à partir du moment où le taux de séropositivité dépasse 10 %. Les estimés de séoprévalence se situaient en 1991 à 13 % pour la clientèle de CACTUS-Montréal et à 18 % pour celle de la clinique de l'Hôpital Saint-Luc. Déjà en 1990, le taux de 10 % observé à CACTUS-Montréal excédait ceux de Toronto (4 %) et de Vancouver (3 %). Des données précises de séoprévalence chez les UDI dans les autres régions du Québec ne sont pas disponibles. Toutefois Noël et Gagnon (1993) rapportent que 3,5 % des toxicomanes consultés à Québec au cours de leur étude, ont indiqué avoir eu un résultat positif au test anti-VIH. Ce taux était de 2,5 % en milieu semi-urbain à Chicoutimi et en Abitibi-Témiscamingue (CQCS, 1994, p.15).

En l'absence d'un vaccin ou d'un traitement curatif contre l'infection par le VIH, l'action préventive demeure la seule stratégie viable pour lutter contre l'épidémie d'infection par le VIH et le sida. Nous avons indiqué que la progression de l'épidémie n'est nulle part plus rapide et inquiétante que dans le groupe des personnes qui font usage de drogues, particulièrement ceux qui ont recours à l'injection. Nous avons fait état des risques que cette seconde vague de l'épidémie pose non seulement pour les UDI, leurs partenaires sexuels et leurs enfants à naître, mais aussi pour certains segments de la population générale (CQCS, 1994, p.28).

Au Québec, tout comme dans le reste du Canada, l'usage des drogues par injection est demeuré, jusqu'à récemment, un facteur moins fréquemment en cause dans les cas connus de sida. Cependant, la situation évolue rapidement et des observations de sources différentes indiquent une progression rapide et préoccupante de cette forme de transmission. En effet, en s'appuyant sur les résultats d'études de séoprévalence, Remis (1992) estime que 6 à 8 % des UDI s'infectent avec le VIH chaque année. Il stipule que le nombre d'UDI infectés au Québec peut varier entre 500 et 2 500 personnes. Par ailleurs, une étude longitudinale en cours à l'Hôpital Saint-Luc à Montréal auprès d'une cohorte d'UDI évaluée à 18 % le taux de séroconversion après trois ans. L'étude indique en outre que les UDI qui ne participent pas à un programme de désintoxication courent un risque accru. Les données sur l'épidémiologie de l'hépatite B, une

maladie dont les voies de transmission sont semblables à celles du VIH, révèlent également un accroissement notable du nombre de cas rapportés chez les UDI. Des analyses effectuées en 1990 par les DSC de la région de Montréal montrent que 21 % des individus présentant une hépatite B aiguë étaient des UDI (CQCS, 1994, p.14).

Les données de surveillance rendent compte d'une réelle progression dans le temps de la proportion des cas de sida associée à l'injection de drogues intraveineuses. De plus, le taux d'infection au VIH semble évoluer rapidement. Chez les usagers réguliers de drogues injectables, la prévalence de l'infection est passée d'environ 4% en 1987 à 10%, à 15% en 1991, ce qui serait un des taux les plus élevés si on le compare à d'autres grandes villes canadiennes fO. À l'échelle internationale, les experts considèrent que 10% représente un seuil critique de la séroprévalence, annonciateur d'une flambée épidémique incontrôlable. Selon le modèle généré pour décrire l'épidémie chez les usagers de drogues injectables, le taux d'incidence estimé est de 4 à 8% et devrait augmenter au cours des prochaines années; ce qui tend à être confirmé par les études effectuées à Montréal. Cette situation pourrait être le précurseur d'une nouvelle vague de sida dans les cinq à dix prochaines années pour le Québec et la région de Montréal (Morissette, 1994b, p.6)

1.3 Phase 4 = 1997-2002

À la lumière de ces constats épidémiologiques, force est de constater que l'épidémie de l'infection par le VIH persiste. Des personnes s'infectent encore chaque année, notamment parmi les plus défavorisées, les plus vulnérables. C'est à juste titre que la lutte contre le VIH/sida demeure une priorité de santé publique (CQCS, 1997, p.11).

Après plus de dix ans d'efforts pour tenter de réduire la transmission du VIH, pour combattre l'épidémie et améliorer les traitements contre le VIH/sida, des défis restent encore à relever. En dépit des progrès réalisés au niveau de la prévention et des traitements, l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida demeure préoccupante. Plus de moyens sont toutefois disponibles pour y faire face de meilleures connaissances sur le virus, sur l'épidémie, sur les groupes à rejoindre et sur les comportements à risque et de protection, de meilleurs traitements, des services en plus grand nombre et des intervenants plus compétents dans le domaine (CQCS, 1997, p.30).

Épidémie-usagers-ères de drogues

Il est difficile de mesurer de façon précise la progression de l'épidémie du VIH chez les UDI car il faut s'en remettre à une variété d'études menées dans des milieux différents (centre de désintoxication, programmes d'échange de seringues, milieu carcéral) et donc difficilement comparables. En revanche, il est clair que la prévalence de l'infection par le VIH chez les UDI est en constante progression au Québec, passant de 3,6 % dans une étude de 1988 à 19,8 % lors d'une étude récente menée à Montréal. De façon globale, la prévalence actuelle se situe probablement entre 10 et 15 %; elle est d'autant plus élevée chez les UDI masculins qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. incidence de nouvelles infections chez les UDI demeure élevée, se situant peut-être autour de 5/100 personnes-années (CQCS, 1996, p.31).

En dépit des progrès réalisés, tant au niveau de la prévention que des soins et des services, l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida demeure préoccupante. La réalité du sida s'est significativement modifiée au cours des dernières années avec une transformation du profil des personnes particulièrement vulnérables à l'infection et l'apparition de nouvelles thérapies pharmacologiques. En 1999, nous estimions que de 700 à 800 personnes s'infectent chaque année au Québec. L'épidémie est toujours aussi active et ravageuse, et nous oblige à revoir et

à adapter notre réseau de services de santé et des services sociaux à la réalité actuelle du sida (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p.1).

2. ATTRIBUTION DES RISQUES: GROUPE À RISQUE, POPULATION PARTICULIÈRE, ETC. (PROVINCIAL)

2.1 Phases 1 et 2 1987-1991

Au Québec également, le SIDA devient l'une des premières causes de mortalité chez les hommes de 25 à 44 ans. Le SIDA reste cependant une cause marginale de mortalité dans la population générale moins exposée (la population la plus exposée inclut les homosexuels, les toxicomanes, les femmes ayant des relations avec un bisexuel et les personnes ayant des rapports hétérosexuels avec une personne provenant de régions endémiques (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.13).

Le risque d'être infecté est très différent en fonction du type de relation sexuelle (homosexuelle, hétérosexuelle), pour les personnes exposées de façon particulière, comme les toxicomanes, et pour la population générale. Il n'est en fait ni connu ni estimé au Québec pour la plupart des groupes concernés (dans l'hypothèse de relations sexuelles non protégées). L'on ne peut donc pas estimer actuellement le développement de l'épidémie à partir de ces données (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.20).

Les cibles

Un certain nombre de principes doivent guider les actions d'éducation et d'information.

Les premiers concernent les cibles des campagnes qui doivent être mises en place. Les publics cibles de ces campagnes peuvent être catégorisés ainsi

les jeunes d'âge scolaire

leur information sur le SIDA devrait être au premier plan des préoccupations;

les populations où la prévalence ou l'incidence de l'infection est élevée actuellement

les homosexuels, usagers de drogues intraveineuses, immigrants de régions endémiques;

les personnes exposées à des facteurs de risque spécifiques

les hémophiles, professionnels de la santé, embaumeurs, etc;

. la population générale

. et surtout les groupes d'âge les plus actifs sexuellement (20 à 40 ans).

Par ailleurs, les personnes qui s'adonnent à la prostitution ou qui sont en détention doivent faire l'objet d'actions spécifiques.

Il s'agit finalement de s'adresser, d'une part, à ceux qui participent à des activités à risque élevé, d'autre part, à ceux qui commencent une période de leur vie où l'expérience des pratiques sexuelles ou celle de la consommation de drogues peuvent être introduites; et enfin, à ceux qui peuvent être infectés en les incitant à limiter la transmission du virus.

L'information auprès de la population générale doit surtout porter sur les conditions de contagiosité et les craintes injustifiées (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.85-86).

2.2 Phase 3 = 1992-1996

Une approche double continuera d'être privilégiée : une approche visant à toucher la population en général et une approche terrain intensifiée permettant de rejoindre les populations

particulières dans le respect des différences, des cultures et des valeurs reliées aux diverses communautés (CQCS, 1992, p.14).

Les risques particuliers

La variété des clientèles exige que des programmes de prévention adaptés viennent compléter les campagnes de communication, car certaines populations qui sont plus exposées à contracter des MTS ou le VIH ne reçoivent correctement les messages qui leur sont destinés que dans la mesure où elles se reconnaissent en eux et se sentent interpellées par leur contenu (CQCS, 1992, p.14).

Les jeunes en difficulté

En raison de leurs modes de vie et des contraintes auxquelles ils font face, les jeunes en difficulté constituent une population vulnérable et représentent une clientèle prioritaire pour laquelle l'approche terrain et l'éducation par les pairs s'avèrent particulièrement efficaces. Des programmes de prévention, qu'une concertation dans toutes les régions du Québec a permis d'actualiser, ont d'ailleurs déjà été mis de l'avant à leur intention (CQCS, 1992, p.16).

Les hommes qui ont des relations homosexuelles

Les homosexuels et les bisexuels demeurent les plus touchés par le sida. Ils doivent donc faire l'objet d'interventions préventives énergiques sans toutefois que cela ait pour effet de susciter ou d'accentuer l'expression de sentiments homophobes (CQCS, 1992, p.16).

Du point de vue de la prévention, il appert que ces groupes sont composés, d'une part, de jeunes qui ne se sentent pas suffisamment concernés par le problème du VIH et du sida et, d'autre part, d'hommes plus âgés qui, selon certaines observations, sont de moins en moins enclins à adopter les comportements recommandés et auprès desquels il faut relancer l'intervention. Les deux principaux objectifs à atteindre actuellement sont donc l'adoption et le maintien d'une sexualité sécuritaire par les jeunes ainsi que par les plus âgés (CQCS, 1992, p.16).

Un cadre d'orientation sera proposé afin de préciser les modes d'intervention concernant cette population particulière et les meilleurs moyens de les rejoindre (CQCS, 1992, p.16).

Les utilisateurs de drogues injectables

L'utilisation de drogues injectables est un phénomène important au Québec. La région montréalaise abriterait à elle seule quelque 15 000 utilisateurs de drogues injectables (UDI) dont entre 10 et 15 % seraient porteurs du VIH. Les statistiques provenant de pays tels que les États-Unis, l'Angleterre ou l'Italie démontrent qu'il s'agit là d'une situation potentiellement explosive. L'incidence des cas d'infection par le VIH et des cas de sida pourrait donc augmenter considérablement au sein de cette population au cours des prochaines années. Cette possibilité exige la plus grande vigilance et une prévention accrue. Il faut également considérer que plus de 40 % des UDI ont des partenaires sexuels qui ne font pas usage de drogues injectables, mais qui sont néanmoins exposés au risque d'infection si leurs rapports sexuels ne sont pas protégés. La transmission parmi les UDI est importante et, de plus, la transmission à leurs partenaires constitue un risque pour la population, notamment la population hétérosexuelle (CQCS, 1992, p.17).

LA CONSULTATION SUR LA BASE DES POPULATIONS CIBLES

Sous le vocable de "populations cibles" peut se manifester une certaine stigmatisation de populations réputées à risque. L'intention de départ était plutôt de s'adresser à des ensembles de personnes ayant des comportements à risque ou vivant des situations à risque bien identifiés

et relativement homogènes dans chaque ensemble. Vu sous ce angle, pour préciser les objectifs d'intervention, ces ensembles où l'on a détecté des comportements ou situations à risque sont identifiés comme des populations cibles.

Mais ce vocabulaire est délicat et risque de catégoriser des êtres humains en tendant à faire oublier que ce sont des personnes à part entière et que toutes les personnes membres d'une population cible ne sont pas en cause concernant le sida.

Néanmoins, ce choix de mode de consultation aura permis de jeter une lumière nouvelle sur la question de la prévention du sida (CQCS, 1991a, p.2-3).

En un mot, il y a un lien fondamental entre culture et sida. Dans toute culture, la maladie est conçue de façon différente et a fortiori le sida, dont l'origine tient en majeure partie aux comportements sexuels; le sida fait appel à des *valeurs différentes d'une population cible* à l'autre puisque la sexualité y est aussi vécue de façon très différente, surtout au niveau de la communication la concernant. La sexualité et son vécu sont souvent rattachés à des valeurs religieuses ou éthiques, lesquelles conditionnent, consciemment ou non, les réactions aux conséquences comme le sida.

Au terme de la consultation qui a été menée, il est impérieux de constater qu'il n'est plus possible de mettre tout le monde "dans le même sac" concernant la prévention du sida. Le message central de cette consultation aura été de faire comprendre que les moyens de prévention doivent être adaptés *aux valeurs et aux cultures de populations cibles* et autant que possible que ces moyens doivent être pris en charge par les membres eux-mêmes de ces populations cibles (CQCS, 1991a, p.3-4).

Etant donné que les différentes populations cibles consultées ne sont pas équivalentes, nous les avons regroupées par type de *condition de vie* qu'elles représentent:

Jeunes en milieu scolaire et hors milieu scolaire

Utilisateurs de drogues intraveineuses/itinérants

Personnes vivant du sexe commercial (prostitution)

Personnes en milieu carcéral et transitionnel

Femmes

Hommes homo et bisexuels

Communautés ethniques Haïtiens, Inuits, Cris

Personnes hémophiles et transfusées

Comme on peut le constater, une même personne peut recouper plusieurs populations cibles, par exemple une femme haïtienne prostituée ou jeune homosexuel utilisateur de drogues intraveineuses hémophile en milieu carcéral.

C'est que l'âge, le sexe, la condition sociale, l'ethnie et les dispositions de santé sont un ensemble de paramètres partagés par tous. Cependant, il y a dans chacun de ces paramètres des facteurs ou déterminants qui permettent d'identifier les populations cibles. C'est ce qui explique que la nomenclature des groupes ne soit pas exhaustive. Par ailleurs, la nomenclature aurait pu avoir été plus complète; par exemple, on aurait pu parler dans la catégorie des dispositions de santé des personnes ayant des maladies transmises sexuellement (CQCS, 1991a, p.4-5).

2.3 SELON LA CONDITION SOCIALE LA RUE ET LA PRISON (UDI)

Nous ne traiterons pas ici de toutes les conditions sociales possibles, mais seulement de celles qui ont le plus grand impact par rapport à la prévalence du sida et du VIH et qui sont par le fait même des *milieux privilégiés* pour la prévention.

Il s'agit des *milieux de ceux* qui ont, comme on dit parfois, "atteint le fond du baril". C'est le bout du chemin de notre société, celui où il semble parfois ne plus y avoir d'issue.

Il y a d'abord les plus défavorisés en libértéils sont un *milieu* par excellence pour l'expansion du VIH et aussi un milieu difficile pour la prévention de la transmission du VIH. C'est au point où la gravité des problèmes vécus fait passer le sida presque comme inaperçu... du moins chez certaines personnes à problèmes multiples itinérance, alcoolisme, UDI, maladie mentale, malnutrition, manque d'hygiène, etc. (CQCS, 1991a, p.29).

Chez elles, plus souvent qu'autrement, la prévention du sida passe après la satisfaction élémentaire et immédiate des besoins primaires de la vie : place pour dormir autre que la rue, de la nourriture, des vêtements adéquats. Parler du sida sans que ces besoins ne soient satisfaits, c'est un peu comme parler de la peur de la mort à quelqu'un déjà acculé à la mort. *La culture propre à ce milieu n'a rien de commun avec quoi que ce soit d'autre que la misère* (CQCS, 1991a, p.29).

Pour des fins de présentation, les utilisateurs de drogues intraveineuses sont regroupés avec les itinérants et les prostitués au cours de la consultation, les itinérants ont pris une place plus grande que prévue et la problématique de la prostitution y a été peu traitée, si ce n'est dans le cadre de la consultation concernant les femmes.

Par ailleurs sous le titre de personnes en milieu carcéral et transitionnel, il a été peu question du milieu transitionnel, tant la problématique du milieu carcéral a été prépondérante (CQCS, 1991a, p.30).

CONCLUSION

Après cette consultation, la prévention des M.T.S. et du sida devrait se poursuivre avec sensiblement les mêmes moyens, mais avec une couleur nouvelle elle doit désormais et résolument prendre la couleur des cultures auxquelles elle s'adresse, que ce soit celle des jeunes, des haïtiens, des prisonniers, des itinérants ou de tout autre groupe cible traité dans ce document (CQCS, 1991a, p.67).

Attribution usagers-ères de drogues

Les groupes prioritaires visés par le présent cadre de référence ont été retenus en fonction de la présence de certains facteurs de vulnérabilité. Le premier est l'âge, en raison de la propension particulière des jeunes à développer une assuétude aux drogues et à adopter des comportements à risque de contracter l'infection par le VIH. Le second facteur est le risque de transmission secondaire de l'infection. En effet, certains groupes sont non seulement à risque de contracter l'infection, mais également de la transmettre soit à d'autres personnes qui font usage de drogues ou à leurs partenaires sexuels (transmission horizontale) ou encore, dans le cas des femmes en âge de procréer, aux femmes enceintes (transmission verticale). Soulignons enfin la problématique particulière des femmes et des jeunes qui occupent, notamment dans les milieux de la toxicomanie et de la prostitution, une position sociale les rendant vulnérables (CQCS, 1994, p.27).

Les groupes prioritaires visés par le cadre de référence d'action sont donc

! les toxicomanes, notamment

- les personnes qui consomment des drogues par injection;
 - les personnes qui consomment de la cocaïne, du PCP ou de l'héroïne, du "crack" ou du "free base";
 - les adolescents et adolescentes toxicomanes;
 - les hommes homosexuels toxicomanes;
 - les toxicomanes ayant un problème de santé mentale;
 - les toxicomanes faisant de la prostitution;
 - les personnes qui font usage de stéroïdes anabolisants par injection intramusculaire ou intraveineuse;
- ! les partenaires sexuels de toutes ces personnes, en particulier les femmes (CQCS, 1994, p.27).

2.3 Phase 4 = 1997-2002

Si la recherche des meilleurs moyens et des façons de faire les plus appropriées mène sans contredit notre démarche de planification de l'action en matière de lutte contre le VIH/sida, ce sont toutefois les personnes qui sont au centre de nos préoccupations les personnes vivant avec le VIH/sida, les groupes vulnérables et la population. Redéfinir l'action et en préciser le niveau et les modalités afin de répondre davantage aux besoins de ces personnes et de ces groupes, voilà les défis que s'est fixés le CQCS (CQCS, 1998, avant-propos).

Si, au début de l'épidémie, par ignorance de l'existence du VIH et des modes de transmission, des personnes de toutes conditions étaient infectées, il en est de moins en moins ainsi. Davantage de personnes se trouvent confrontées, outre le VIH/sida, à des problèmes sociosanitaires de tous ordres; dans une proportion plus grande, elles peuvent être aux prises avec plus d'un problème comme la discrimination, la toxicomanie, la pauvreté, la maladie mentale ou la violence. Ce sont ces personnes qui sont à la fois les plus susceptibles d'être infectées et souvent les plus difficiles à rejoindre (CQCS, 1998, p.11).

Les groupes vulnérables au VIH/sida ne forment pas un tout homogène. Pour une intervention efficace, il faut davantage orienter l'action en fonction des caractéristiques des groupes, de leur problématique particulière en ce qui a trait à la prévention du VIH, de leur degré d'exposition aux mesures préventives, et il faut adapter l'approche en conséquence (CQCS, 1998, p.15).

Si le découpage par population proposé dans le cadre de la phase 3 a encouragé le développement des interventions, il ne permet pas de rendre compte précisément de la réalité de ces populations sur le terrain. En effet, les populations particulières ne constituent pas, en général, des groupes homogènes ce que réveillent tant les interventions que les recherches comportementales. Ainsi, rejoindre un groupe en général ne permet pas nécessairement de rejoindre certains de ses sous-groupes les plus à risque. Par exemple, les jeunes ont des attitudes différentes dans l'adoption de comportements sexuels sécuritaires selon leur tranche d'âge. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent un autre groupe hétérogène d'autant plus à Montréal puisque, entre autres, ce grand centre urbain reçoit des hommes venus d'autres régions compte tenu de l'importance de ses lieux de socialisation gais. Il semble également que les femmes en situation de risque soient une population difficile à cibler compte tenu de la diversité et de la complexité de leurs facteurs de risque face à l'infection par le VIH et aux MTS (CQCS, 1996, p.38).

En résumé, il est essentiel de continuer à viser les mêmes populations que la phase 3. Cependant, il faut assouplir le découpage de ces populations *pour répondre aux besoins de*

leurs différents sous-groupes et à ceux des groupes aux prises avec de multiples problèmes. Il faut surtout tenir compte de la réalité de l'organisation sociale des populations sur le terrain et dans leur milieu de vie (CQCS, 1996, p.39).

Les efforts de prévention de la phase 3, qui ont surtout été dirigés vers des populations particulières (utilisateurs de drogues par injection, jeunes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, femmes, etc.), ont permis de constater que ces populations ne sont pas homogènes et que certains sous-groupes sont plus vulnérables à l'infection par le VIH et aux MTS que d'autres. Ces populations ne sont pas des groupes étanches et certaines personnes peuvent cumuler des facteurs de risque. De plus, des *difficultés* reliées à la survie économique quotidienne, à la violence, à la discrimination, à l'inégalité entre les sexes, entre autres, peuvent reléguer au second plan l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.

Au cours de la phase 4, il faudra mieux rejoindre les populations les plus vulnérables et notamment celles qui sont confrontées à de multiples problèmes (CQCS, 1996, p.42).

L'ensemble des interventions doit s'inscrire dans une approche double qui continue de viser tant la population générale que les populations particulières. Cependant, la planification de la phase 4 doit tenir compte à la fois de la complexité des populations ciblées et des liens entre les différentes problématiques afin de mieux rejoindre les groupes les plus vulnérables à l'infection par le VIH dans leurs milieux de vie (CQCS, 1996, p.44).

Or, jusqu'à tout récemment, c'est presque exclusivement la notion de risque d'infection par le VIH et de transmission qui a guidé les actions en prévention. Certes, cette notion est indispensable pour identifier les groupes sur lesquels doivent porter prioritairement les actions de prévention de l'infection par le VIH, mais elle ne rend pas compte de la réalité plus complexe de ces personnes eu égard à l'acquisition de comportements sécuritaires. Pour bon nombre de personnes, la connaissance des modes de transmission et des moyens de protection ne suffit pas à leur faire adopter des comportements sécuritaires et à les maintenir. Des conditions de vie difficiles ou un état personnel précaire font en sorte que, parfois, des personnes relèguent leur protection et celle des autres au second plan (CQCS, 1997, p.17).

Certains groupes de personnes semblent, de toute évidence, plus vulnérables que d'autres au VIH en raison de leur appartenance à une ou à plusieurs des catégories particulièrement exposées HRSH, personnes originaires de pays endémiques et UDI; ou encore en raison de leur appartenance à des catégories révélant des comportements à risque, soit les femmes et les jeunes en difficulté ainsi que les autochtones. Si, en plus, ces personnes se trouvent dans une situation de pauvreté, de toxicomanie, de maladie mentale, d'itinérance, de discrimination, d'incarcération ou de prostitution, elles deviennent encore plus vulnérables au VIH (CQCS, 1997, p.18).

La notion de vulnérabilité se pose quelque peu différemment pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Bien qu'il ne faille plus parler ici de vulnérabilité au VIH en termes de risques d'infection, mais plutôt de vulnérabilité physique aux infections opportunistes, les autres dimensions liées au contexte socio-économique et de transmission du VIH s'appliquent. Non seulement ces personnes requièrent des soins et services, mais aussi des interventions de prévention. Des conditions de vie difficiles pèsent parfois lourdement sur leur état de santé. L'absence de ressources ou de soutien, des incapacités de plus en plus grandes et des comportements déroutants rendent parfois difficile la prestation de soins et de services. Toute action de prévention ou de prestation de soins et services ne peut faire abstraction de cette *situation* (CQCS, 1997, p.18).

Certains groupes de personnes semblent, de toute évidence, plus vulnérables que d'autres au VIH en raison de leur appartenance à une ou à plusieurs des catégories particulièrement exposées : HRSH, personnes originaires de pays endémiques et UDI; ou encore en raison de leur appartenance à des catégories révélant des comportements à risque, soit les femmes et les jeunes en difficulté ainsi que les autochtones. Si, en plus, ces personnes se trouvent dans une situation de pauvreté, de toxicomanie, de maladie mentale, d'itinérance, de discrimination, d'incarcération ou de prostitution, elles deviennent encore plus vulnérables au VIH (CQCS, 1997, p.18).

Malgré les actions menées jusqu'à présent, il est encore difficile de rejoindre les groupes plus vulnérables. Dispersées, présentant peu de caractères communs relativement à la vulnérabilité au VIH, ces personnes sont difficilement identifiables à un groupe précis de sorte qu'elles échappent davantage à une action ciblée. De plus, elles se tiennent parfois en marge des services sociosanitaires. Elles connaissent souvent des conditions de vie ou des situations à ce point pénibles que la prévention des MTS et du VIH passe en second lieu; ou tout simplement, elles ne se sentent pas concernées par les risques de contracter l'infection par le VIH, sans parler du fait qu'elles ne sont pas encore suffisamment impliquées dans la planification et les interventions qui leur sont destinées (CQCS, 1997, p.27).

Néanmoins, l'exposé de la situation révèle qu'une proportion de personnes ne se protègent toujours pas, principalement des jeunes plus vulnérables, des personnes dont les conditions de vie sont difficiles ou qui font l'objet de discrimination. Des études l'ont démontré il ne suffit pas d'informer sur les mesures de protection et de fournir des moyens pour que les personnes les adoptent. Il faut replacer la question des comportements de protection dans un contexte social plus large qui inclut l'environnement social, les conditions de vie, l'expression de la sexualité, les problèmes de toxicomanie ou d'estime de soi et tenter ensuite d'agir sur ces dimensions. Dans les circonstances, c'est la promotion de la santé qui s'avère préférable, sans toutefois délaisser les mesures de prévention jugées efficaces (CQCS, 1997, p.30).

2.4 Phase 5 = 2003-2009

CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES VULNÉRABLES

Qu'ils soient à risque d'être infectés ou en situation de vulnérabilité sociale, les groupes vulnérables se distinguent les uns des autres à plusieurs égards (MSSS, 2004, p.54).

Les HRSH sont toujours les plus touchés par le VIH ; ils sont aussi vulnérables aux ITS, à l'hépatite B et à l'hépatite A. Parfois exposés à la discrimination et à l'homophobie, ils peuvent se trouver en situation de plus grande vulnérabilité. Plus organisés socialement comme groupe que bien d'autres groupes vulnérables, les HRSH sont surtout concentrés dans les milieux urbains ou semi-urbains où se trouvent les principaux lieux de rencontre et de socialisation. Ils ne forment pas un tout homogène ; divers sous-groupes le composent, notamment les jeunes, les bisexuels, les PVVIH et les hommes de communautés ethnoculturelles. Des problèmes d'isolement ou d'exclusion des hommes séropositifs se posent dans cette communauté. Une certaine indifférence face à l'infection par le VIH va croissante, dans un contexte où la maladie est moins visible, est considérée comme moins menaçante et peut sembler, pour certains, plus supportable.

Les personnes UDI sont très à risque de contracter surtout le VHC, le VIH et le VHB. Ce sont des personnes très vulnérables en raison de leur assuétude aux drogues et des effets de celles-ci sur leurs conditions de vie, sans parler du caractère illicite de leur consommation qui rend la situation encore plus difficile. Les UDI sont aussi concentrés dans les milieux urbains et semi-

urbains. Les infections par le VIH ou celles par le VHC deviennent souvent des problèmes secondaires par rapport à ceux de la toxicomanie et de la survie. Quand ces personnes sont infectées, il est parfois difficile de les traiter à cause du cumul de problèmes médicaux et psychosociaux dont elles souffrent. Les interventions en prévention sont surtout de type instrumental (offre de matériel stérile d'injection). Trop peu d'interventions vont jusqu'à améliorer les conditions de vie des UDI dans une perspective de réduction des méfaits¹. Plus d'actions devraient être effectuées pour éviter que les toxicomanes passent à l'injection (MSSS, 2004, p.54).

Les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique sont à risque important d'avoir acquis une infection par le VIH dans leur pays d'origine et peuvent être particulièrement vulnérables en raison de difficultés d'intégration et d'un possible isolement culturel. Concentrées surtout à Montréal, ces personnes sont issues de plusieurs communautés ethnoculturelles distinctes, dont celles des Caraïbes et des pays d'Afrique. Elles ne fréquentent pas nécessairement les mêmes lieux, n'abordent pas forcément la santé et la sexualité de la même manière et les croyances et les tabous sont parfois différents. Ces personnes formant des groupes très hétérogènes, il est difficile de trouver des situations qui les rassemblent afin d'orchestrer des interventions de prévention, si ce n'est dans le cadre du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Par ailleurs, depuis le 15 janvier 2002, le test de détection de l'infection par le VIH est devenu obligatoire chez les personnes qui immigreront au Canada, ce qui peut laisser croire à certains que tout nouvel arrivant est testé. Or, des parcours migratoires différents peuvent faire en sorte que de nouveaux arrivants échappent à cette mesure, notamment les réfugiés et les étudiants (MSSS, 2004, p.54).

Les personnes incarcérées ont dans leur rang une proportion importante d'UDI et bon nombre de personnes infectées avant leur incarcération. Des comportements à risque en matière d'injection, de tatouage, de body piercing et d'activités sexuelles subsistent en cours de détention. En centre de détention, il y a une concentration de personnes vulnérables qui le deviennent encore plus à cause des caractéristiques de ce milieu de vie. Les activités dans le domaine de la prévention et des soins et des services sont concentrées dans les centres de détention de juridiction provinciale; ceux de juridiction fédérale sont pris en charge en matière de soins de santé par les autorités gouvernementales fédérales. La philosophie et les règles du système carcéral représentent souvent des obstacles aux activités de prévention conçues dans une approche de réduction des méfaits associés à la toxicomanie (MSSS, 2004, p.54).

Les jeunes en difficulté sont les jeunes en centre jeunesse, les jeunes de la rue, les travailleurs du sexe, les jeunes toxicomanes, les jeunes en cheminement particulier. Pour la plupart, ils fréquentent peu le réseau sociosanitaire pour des questions de prévention. Ils sont à risque important de contracter une ITS, le VHC, le VHB et le VIH en raison de leurs comportements. Des situations de vie parfois difficiles les placent dans une grande vulnérabilité sociale et prennent le dessus sur des considérations de prévention des infections. Il faut tenir compte des préoccupations des jeunes en difficulté pour aborder la prévention des infections (MSSS, 2004, p.55).

Les femmes constituent un groupe très à risque d'être infectées par une ITS, surtout les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Par rapport au VIH, elles sont moins touchées que les hommes et elles pourraient représenter environ 12 % des PVVIH. Tout comme les jeunes en difficulté, les femmes vulnérables correspondent à diverses réalités, mais constituent un groupe dont le contour est encore plus flou. En effet, si elles peuvent être vulnérables en fonction des mêmes critères que les autres groupes, soit le comportement à risque ou la situation de vulnérabilité

sociale, leur statut de femmes, dans un rapport de sexe et de pouvoir, leur confère en plus une vulnérabilité accrue. Les femmes vulnérables se retrouvent donc dans d'autres groupes vulnérables (UDI, communautés ethnoculturelles, personnes incarcérées, jeunes en difficulté, Autochtones, etc.) et dans des groupes distinctifs tels que les travailleuses du sexe, les femmes victimes de violence ou d'agression sexuelle et les nouvelles arrivantes. Il faut examiner dans quelles circonstances il est pertinent d'avoir une intervention différenciée selon le genre (MSSS, 2004, p.55).

Les Autochtones constituent un groupe à risque d'être infectés par des ITS. Les données provenant des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ou de certaines régions où se trouvent des populations autochtones, indiquent des taux d'incidence de chlamydie génitale et de gonorrhée pouvant être jusqu'à dix fois plus élevés que dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, les conditions de vie parfois difficiles des Autochtones qui vivent en milieux urbains ou se déplacent vers ceux-ci font en sorte qu'ils se retrouvent parfois dans des milieux où il y a utilisation de drogues par injection ou prostitution ; ils sont ainsi vulnérables au VIH (MSSS, 2004, p.55).

Faut-il le rappeler, ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs, ils constituent surtout des repères pour l'intervention. Sur le terrain, ces groupes ne sont pas des entités fermées et figées, les personnes qui en sont issues se mêlent souvent à la population en général (MSSS, 2004, p.55).

3. PRÉVENTION: COMPORTEMENT, ETC. (PROVINCIAL)

3.1 Phases 1 et 2 1987-1991

En l'absence d'un vaccin ou d'un médicament permettant de limiter l'infection à proprement parler, la prévention repose entièrement sur la modification des pratiques sexuelles pour la grande majorité des cas : il faut faire en sorte que les personnes concernées par des comportements ou des pratiques sexuelles considérés plus à risque (partenaires occasionnels multiples par exemple), s'adonnent à des pratiques sexuelles plus sûres (e.g. utilisation du condom). Il faut également faire en sorte que les usagers de drogues intraveineuses n'emploient que des seringues "personnelles" ou que, à tout le moins, ceux qui partagent des aiguilles et seringues connaissent et pratiquent des protocoles simples de nettoyage. Pour faciliter ces actions, il faut faciliter l'accès aux moyens de prévention mentionnés.

L'évaluation des connaissances sur la maladie et les modes de transmission, le profil cognitif et les comportements sexuels (nombre de partenaires par exemple) devront être évalués régulièrement par des études appropriées, afin de mieux cibler les campagnes et d'orienter les actions. L'idée selon laquelle la connaissance d'un problème ou d'un risque se traduit automatiquement par des modifications de comportement face à ce risque n'est pas toujours vérifiée. Le risque du SIDA étant basé sur une transmission sexuelle, activité qui, selon l'expression de la Société Royale du Canada, "échappe à la logique", il n'est pas sûr que l'information suffise à limiter la transmission. À l'inverse, il est possible que la transmission de l'infection des populations les plus atteintes actuellement vers la population générale soit diminuée par la connaissance des risques. Enfin, la sensibilisation des toxicomanes répond sans doute à des critères différents de ceux de la population générale (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.84-85).

Les conditions environnementales

L'éducation et l'information étant essentiellement dirigées vers la modification de comportements, en particulier les pratiques sexuelles à risque ou le partage de seringues et

d'aiguilles, il est important de créer des conditions environnementales facilitant ces modifications : disponibilité de condoms et de seringues dans les lieux fréquentés par les groupes mentionnés, accessibilité au test pour la connaissance du statut sérologique et l'information des partenaires, et autres (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.88).

En termes de prévention, le counselling pré-test et post-test a pour objectif de faire en sorte que toute personne à risque, qui se considère comme telle ou qui est infectée, prenne conscience des risques de transmission ou d'exposition au VIH et limite ces risques en adaptant, si nécessaire, ses habitudes, ses pratiques ou son comportement (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.88-89).

Recommandation n° 25

Le groupe de travail est d'avis qu'à court terme les personnes ayant des comportements les exposant au virus soient d'abord visées par les actions d'éducation et d'information. Le groupe recommande cependant d'intensifier de façon importante l'éducation à la sexualité à l'école pour s'assurer que tout(e) nouvel(le) étudiant(e) en âge d'expérimenter sa sexualité connaisse et adopte des pratiques le(la) protégeant du SIDA et des MTS (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.91).

Recommandation n° 26

Le groupe recommande que le condom soit rendu accessible facilement auprès des jeunes et des personnes exposées. On doit envisager les moyens appropriés à cet effet dans les milieux carcéraux et dans les lieux de fréquentation des jeunes.

Recommandation n° 27

Que la recommandation générale au Canada de la disponibilité et de l'accessibilité dans les pharmacies de seringues et d'aiguilles éventuellement non réutilisables soit appliquée au Québec (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.92).

3.2 Phase 3 = 1992-1996

Éviter l'évitable

Nous pouvons entretenir un grand espoir dans la lutte contre le VIH, le sida, ainsi que les autres MTS car, contrairement à d'autres maladies, ce sont des maladies évitables et leurs modes de transmission sont bien connus. C'est pourquoi la prévention et l'éducation demeurent la pierre angulaire de ce plan d'action.

Jusqu'ici, les nombreuses activités réalisées dans ce domaine ont permis d'obtenir des résultats encourageants, quoique difficiles à mesurer. On peut toutefois affirmer que l'ensemble de la population a maintenant une bonne connaissance du sida et des MTS. En effet, des données récentes démontrent, par exemple, que 87,1 % des jeunes Québécois sont bien informés sur ces maladies et que plus de 70 % considèrent le condom comme le moyen le plus sûr de les éviter.

Cependant, le fait de connaître les risques associés au sida et aux MTS n'incite pas nécessairement les gens à adopter des comportements préventifs. Nous devons donc maintenant axer nos interventions sur les facteurs qui déterminent les changements de comportements en tenant compte de l'âge et des valeurs des différents groupes qui forment la population (CQCS, 1992, p.13).

La variété des clientèles exige que des programmes de prévention adaptés viennent compléter les campagnes de communication, car certaines populations qui sont plus exposées à contracter des MTS ou le VIH ne reçoivent correctement les messages qui leur sont destinés que dans la mesure où elles se reconnaissent en eux et se sentent interpellées par leur contenu. Des

interventions terrain développées localement et pouvant reposer, entre autres, sur la contribution des pairs, continueront d'être soutenues (CQCS, 1992, p.14).

LES VALEURS CULTURELLES ET LE SIDA

Ce que la consultation aura permis de mieux mettre à jour est la différence fondamentale des valeurs et des cultures entourant les questions de la sexualité, des M.T.S. et du sida. Loin de parler de stigmatisation, on en vient à parler de respect des différences dans le vécu propre aux différentes populations.

Ces différences nous renvoient aux valeurs que vivent les diverses populations cibles. Ces valeurs traduisent des différences culturelles importantes (le mot culturel doit ici être pris dans son sens le plus générique et non réduit à l'origine ethnique uniquement): la manière même de communiquer à leur sujet est aussi très différente. Il n'est donc pas possible d'assimiler pour toute la population en général les mêmes moyens de communication et partant, d'éducation et de formation, en prétendant joindre toutes les personnes dans leurs différences.

En un mot, il y a un lien fondamental entre culture et sida. Dans toute culture, la maladie est conçue de façon différente et a fortiori le sida, dont l'origine tient en majeure partie aux comportements sexuels; le sida fait appel à des valeurs différentes d'une population cible à l'autre puisque la sexualité y est aussi vécue de façon très différente, surtout au niveau de la communication la concernant. La sexualité et son vécu sont souvent rattachés à des valeurs religieuses ou éthiques, lesquelles conditionnent, consciemment ou non; les réactions aux conséquences comme le sida (CQCS, 1991a, p.3).

Recherche sur les déterminants des comportements des jeunes et surtout sur ce qui les amène à se modifier suivant les groupes et les milieux où ils évoluent afin de mieux cibler les messages s'adressant à eux et de mieux adapter les moyens de prévention à leur culture et à leurs valeurs (CQCS, 1991a, p.21).

3.3 Phase 4 = 1997-2002

C'est à la Politique de santé et de bien-être que se réfèrent principalement les orientations. Agir en amont des problèmes alors que le VIH et les MTS demeurent des maladies évitables et tenter de modifier dans un sens favorable les déterminants de la santé qui ont trait, par exemple, aux comportements, au milieu de vie et à l'environnement social, afin d'optimiser les mesures mises de l'avant en prévention et dans la prestation de soins et services aux personnes concernées : ce sont là quelques-uns des principes que la présente stratégie s'applique à mettre en pratique. Il y a un engagement plus profond dans l'approche de promotion de la santé (CQCS, 1997, p.7-8).

Or, jusqu'à tout récemment, c'est presque exclusivement la notion de risque d'infection par le VIH et de transmission qui a guidé les actions en prévention. Certes, cette notion est indispensable pour identifier les groupes sur lesquels doivent porter prioritairement les actions de prévention de l'infection par le VIH, mais elle ne rend pas compte de la réalité plus complexe de ces personnes eu égard à l'acquisition de comportements sécuritaires. Pour bon nombre de personnes, la connaissance des modes de transmission et des moyens de protection ne suffit pas à leur faire adopter des comportements sécuritaires et à les maintenir. Des *conditions de vie difficiles ou un état personnel précaire* font en sorte que, parfois, des personnes relèguent leur protection et celle des autres au second plan.

Sans vouloir minimiser la portée des interventions visant directement la réduction de la transmission, qui sont essentielles, il demeure qu'utiliser uniquement cette approche présente certaines limites. C'est du reste ce que le Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de

la phase 3 confirme : pour que les actions de prévention aient des effets plus étendus sur les groupes et les personnes qui demeurent à risque ou qui n'ont pas été jusqu'ici rejoints, il faut travailler sur les facteurs qui sous-tendent l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires; en outre, il ne faut pas, non plus, strictement considérer les personnes en fonction de leur appartenance à des groupes à risque d'exposition au VIH, mais de façon plus large en fonction des conditions qui les rendent vulnérables au VIH/sida (CQCS, 1997, p.17-18).

Poursuivre les actions visant l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires

L'adoption et le maintien de comportements sécuritaires demeurent toujours les principaux moyens d'éviter la propagation de l'infection par le VIH et, du même coup, la plupart des MTS. Même si l'information sur ce qu'il faut faire semble largement répandue et même si la conscience des risques d'infection s'est accrue dans la population, il y a encore des personnes qui n'ont pas été rejointes et il y a toujours des personnes qui ne se protègent pas en dépit des efforts consentis à cette fin.

Après dix ans d'interventions, tous les individus ne se situent pas au même point en matière de prévention des MTS et du sida. Pour certains, il suffit de renforcer des comportements alors que, pour d'autres, il s'agit de les amener à adopter des comportements sécuritaires. D'aucuns se trouvent dans des conditions de grande vulnérabilité, d'autres sont relativement à l'abri. Dans les circonstances, un message unique de prévention semble de moins en moins approprié. Il importe au contraire de diversifier les approches, la teneur des messages et les activités éducatives et de segmenter l'intervention en vue d'une action de prévention plus efficace.

Enfin, il importe de veiller au développement et à l'évaluation d'interventions sur le terrain favorisant l'adoption de comportements sécuritaires par les groupes vulnérables et les personnes vivant avec le VIH/sida. Des approches d'éducation sociosanitaire qui font participer les personnes vulnérables, tels le travail en petits groupes, les approches interactives et faisant appel aux pairs ainsi que les jeux de rôles, semblent donner de bons résultats (CQCS, 1997, p.21-22).

Malgré les actions menées jusqu'à présent, il est encore difficile de rejoindre les groupes plus vulnérables. Dispersées, présentant peu de caractères communs relativement à la vulnérabilité au VIH, ces personnes sont difficilement identifiables à un groupe précis de sorte qu'elles échappent davantage à une action ciblée. De plus, elles se tiennent parfois en marge des services sociosanitaires. Elles connaissent souvent *des conditions de vie ou des situations à ce point pénibles* que la prévention des MTS et du VIH passe en second lieu; ou tout simplement, elles ne se sentent pas concernées par les risques de contracter l'infection par le VIH, sans parler du fait qu'elles ne sont pas encore suffisamment impliquées dans la planification et les interventions qui leur sont destinées (CQCS, 1997, p.27).

Néanmoins, l'exposé de la situation révèle qu'une proportion de personnes ne se protègent toujours pas, principalement des jeunes plus vulnérables, des personnes dont les conditions de vie sont difficiles ou qui font l'objet de discrimination. Des études l'ont démontré : il ne suffit pas d'informer sur les mesures de protection et de fournir des moyens pour que les personnes les adoptent. Il faut replacer la question des comportements de protection dans un contexte social plus large qui inclut l'environnement social, les conditions de vie, l'expression de la sexualité, les problèmes de toxicomanie ou d'estime de soi et tenter ensuite d'agir sur ces dimensions. Dans les circonstances, c'est la promotion de la santé qui s'avère préférable, sans toutefois délaisser les mesures de prévention jugées efficaces (CQCS, 1997, p.30).

Les récents progrès thérapeutiques, les conditions socio-économiques plus difficiles pour les groupes vulnérables, la transformation du réseau, pour ne citer que ces dimensions, font en sorte que les problèmes se posent maintenant quelque peu différemment. Non seulement des actions directes s'imposent dans l'immédiat pour accroître les comportements sécuritaires et dispenser les services requis aux personnes vivant avec le VIH/sida, mais des actions plus indirectes, à plus long terme, se réclamant de l'approche de promotion de la santé ou de la santé des populations sont aussi nécessaires. Ajuster les actions en conséquence, en corriger les cibles au besoin devient primordial (CQCS, 1998, p.7).

Des conditions particulières de vulnérabilité viennent parfois compliquer la situation : pauvreté, toxicomanie, maladie mentale, itinérance, incarcération, discrimination ou prostitution. On ne peut fermer les yeux sur ces conditions quand il s'agit de prévention. Enfin, en vue d'intervenir en amont des problèmes, avant les premières relations sexuelles ou la consommation de drogue, les jeunes dans leur ensemble sont un groupe qu'il faut privilégier en matière d'information et d'éducation.

Dans pareil contexte, l'information sur les modes de transmission de l'infection et sur les moyens de prévention (condoms, seringues, etc.) de même que la distribution de ces moyens, bien qu'essentiels, ne suffisent pas. Il faut élargir l'approche auprès de ces personnes et de ces groupes particulièrement exposés, tenir compte davantage de *leur situation* et favoriser le développement de leur potentiel d'action en vue de l'amélioration de leur santé. Il faut également intervenir sur les aspects jugés stratégiques dans l'environnement social pour faciliter la prévention du VIH (CQCS, 1998, p.11).

Les efforts de prévention doivent se poursuivre et s'intensifier en ne ciblant pas uniquement les comportements. Quel que soit le groupe considéré, les interventions doivent s'inscrire dans une approche globale qui tienne compte de l'ensemble des *besoins* de la santé et du bien-être. En effet, les données fournies par les recherches montrent clairement que certaines conditions sociales, telles que la discrimination, les difficultés d'adaptation sociale, des conditions socio-économiques défavorables, augmentent la vulnérabilité des personnes face à l'infection par le VIH et aux MTS (CQCS, 1998, p.35)

Les personnes itinérantes sont particulièrement vulnérables face à l'infection par le VIH parce qu'elles présentent de multiples problèmes (santé mentale, toxicomanie, etc.). Les interventions menées auprès de ces personnes doivent d'abord combler leurs nombreux besoins avant même de les conduire à adopter des comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p.34-35).

Ces considérations conduisent à être conscients des limites qu'entraîne le découpage par population et suggèrent de les rendre plus flexibles. Cette flexibilité conduirait les interventions à mieux tenir compte de déterminants qui dépassent les comportements face à l'infection par le VIH et aux MTS. Ainsi, par exemple, les rapports sociaux de sexe, la santé mentale, la discrimination face à certains segments de la population. sont autant de facteurs qui influencent l'impact des interventions de prévention (CQCS, 1996, p.39).

Une approche orientée uniquement sur les comportements individuels ne permet pas d'agir sur les problématiques d'ordre social qui sous-tendent la vulnérabilité face à l'infection par le VIH et aux MTS. La prévention doit s'inscrire dans une perspective plus vaste qui tienne compte à la fois des facteurs individuels et environnementaux.

Ceci signifie s'attaquer à des problèmes sociaux tels que la pauvreté, la discrimination, le suicide, la criminalité, les rapports d'inégalité entre les sexes, afin de créer autour des individus un environnement favorable, propice à la santé et au bien-être. Réduire les résistances vis-à-vis

des populations discriminées, notamment l'homophobie, adopter une approche de réduction des méfaits auprès des toxicomanes, accroître la place de l'éducation à la sexualité dans l'ensemble de la population, favoriser les comportements pacifiques entre garçons et filles, sont autant d'actions qui influenceront l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p.42-43).

La phase 3 a également permis de constater qu'une approche qui ne vise que les comportements individuels se heurte à des limites inévitables car elle ne permet pas d'agir sur les problèmes d'ordre social qui sous-tendent ces comportements. Les orientations de la phase 3 en matière de prévention doivent s'élargir pour intervenir en amont sur les facteurs environnementaux qui influencent l'adoption et le maintien des comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p.109).

3.4 Phase 5 = 2003-2009

DU RISQUE À LA VULNÉRABILITÉ

En soi, si l'absence absolue de risque au cours de l'activité sexuelle n'est pas réaliste, il est justifié et même impératif de prendre tous les moyens raisonnables pour réduire ce risque au minimum. Certaines personnes présentent un risque plus élevé en raison de comportements particuliers ou de milieux qu'elles fréquentent. Dans ces cas, l'action préventive vise à modifier certains comportements. Les efforts consacrés dans ce domaine au cours des dernières années ont démontré que de telles actions peuvent être efficaces auprès de plusieurs groupes et de la population en général. Toutefois, n'utiliser que des stratégies de changement de comportements laisse planer l'idée que la transmission du VIH, du VHC et des ITS n'est que le résultat de la négligence personnelle (MSSS, 2004, p.22).

Cette vulnérabilité est déterminante sur le potentiel de contracter ces infections et sur la capacité des individus et des groupes de se protéger et d'exercer plus de contrôle pour leur santé. Par exemple, des *situations* de pauvreté, d'itinérance, de toxicomanie, de maladie mentale, de violence et de discrimination jouent sur la capacité des personnes à *choisir des comportements sécuritaires*, à consulter, à recourir aux traitements pour les ITSS et à vivre avec des infections chroniques comme le VIH ou le VHC; elles peuvent même agir sur la maladie dont la progression peut être plus rapide. Ces situations contribuent à marginaliser socialement et économiquement les personnes et les privent souvent d'un accès à du soutien social important. Les *besoins primaires* de logement, de nourriture et d'intimité ont tôt fait de supplanter de manière marquée les préoccupations de santé à long terme. Investir en promotion de la santé devient essentiel (MSSS, 2004, p.22).

Toutefois, la prise de risque ne tient pas seulement à une méconnaissance des modes de transmission. Rendre accessibles des moyens de prévention (p. ex. : condoms, seringues stériles, matériel d'injection), surtout pour les personnes qui sont moins susceptibles de s'en procurer par elles-mêmes, et les offrir dans des lieux propices aux pratiques à risque s'avèrent très pertinents, tant comme mesure de prévention principale ou auxiliaire, de moyens tangibles de protection, que comme rappel de la pratique souhaitée. Quant à miser strictement sur cela pour modifier des comportements et des attitudes à plus long terme, ce n'est pas suffisant (MSSS, 2004, p.23).

Pour envisager des effets à long terme sur les comportements de la population, il faut aussi consacrer des efforts à la promotion de la santé en général et de la santé sexuelle. Des approches portant sur l'efficacité personnelle, la norme comportementale ou l'élimination des obstacles à l'utilisation des moyens de protection sont des options intéressantes. Compte tenu des expériences d'exclusion vécues par les personnes et les groupes vulnérables, il importe de

travailler de concert avec ces collectivités afin de renforcer leurs capacités d'adaptation et de transformation, voire leur autonomie. Sur un autre plan, il faut intervenir dans l'environnement social sur le respect des droits de la personne, sur des questions d'égalité et de justice sociales. Sans vouloir lancer tous azimuts des interventions, il est possible de déterminer les dossiers névralgiques et les alliances profitables pour accroître la portée de l'action visant à éviter la transmission des infections (MSSS, 2004, p.23).

Le changement de comportements repose sur la motivation, tant de la population en général que des groupes vulnérables et des personnes touchées par les ITSS. Il passe également par le développement de la capacité de ces personnes à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires (MSSS, 2004, p.31).

L'éducation à la sexualité permet de favoriser l'intégration harmonieuse de la dimension sexuelle de la personne tout en considérant les normes de la collectivité³⁰. Abordée de façon plus large sous l'angle notamment des relations amoureuses, du plaisir, de l'affirmation de soi, de l'identité, de l'orientation sexuelle, de la planification des naissances et des rapports de sexe, la sexualité prend tout son sens et, en retour, tend à donner davantage de sens aux comportements sécuritaires². Agir au regard de l'usage de drogues, dans une perspective de promotion de la santé, c'est mettre en place des conditions et des environnements favorisant chez les individus l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires ainsi que d'attitudes responsables face aux substances psychotropes (MSSS, 2004, p.31).

Les problèmes reliés à l'infection par le VIH, à l'infection par le VHC et aux ITS ne se limitent pas à des virus et à des bactéries. Les groupes particulièrement touchés ont aussi d'autres problèmes. La solution ne réside pas strictement dans la promotion des comportements sécuritaires, le traitement des ITS ou le développement de soins et de services appropriés. La situation est complexe et oblige à faire appel à différents secteurs pour une intervention concertée auprès des groupes vulnérables et une action sur l'environnement de ces derniers pour permettre des pratiques plus sécuritaires (MSSS, 2004, p.40).

Si le phénomène de banalisation de l'infection par le VIH peut avoir un certain effet sur le relâchement des comportements sécuritaires, cela n'explique pas tout. On oublie souvent que la problématique d'ensemble du VIH, du VHC et des ITS s'inscrit dans un contexte socio-économique caractérisé notamment par l'augmentation de certains problèmes sociaux et de certains problèmes de santé, dont la pauvreté, la toxicomanie, la maladie mentale, l'itinérance et la violence. Les personnes les plus touchées par ces problèmes composent en partie les groupes vulnérables avec lesquels il faut travailler pour lutter contre les ITSS. C'est dire la complexité de l'intervention et la difficulté que cela représente de motiver ces personnes à adopter des comportements sécuritaires (MSSS, 2004, p.49).

4. AGIR PRÉVENTIF ET SUJET À RISQUE (PROVINCIAL)

4.1 Phases 1 et 2 1987-1991

L'essentiel de la prévention du SIDA repose sur l'adaptation personnelle des pratiques sexuelles surtout, même si des mesures peuvent être prises au niveau environnemental pour faciliter cette adaptation - disponibilité des condoms par exemple - et si des mesures simples doivent s'appliquer pour limiter la transmission de façon active - comme les tests pour la transfusion de sang ou le don d'organes.

L'arsenal de la prévention du SIDA ne peut reposer que sur des actions qui s'adressent à la limitation de la transmission de l'infection, dont l'efficacité est difficile à établir et qui doivent donc être menées avec d'autant plus de rigueur:

- . l'éducation et l'information,
- . le counselling pré-test et post-test,
- . l'information du partenaire (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.83).

En l'absence d'un vaccin ou d'un médicament permettant de limiter l'infection à proprement parler, la prévention repose entièrement sur la modification des pratiques sexuelles pour la grande majorité des cas: il faut faire en sorte que les personnes concernées par des comportements ou pratiques sexuelles considérés plus à risque (partenaires occasionnels multiples par exemple), s'adonnent à des pratiques sexuelles plus sûres (e.g. utilisation du condom). Il faut également faire en sorte que les usagers de drogues intraveineuses n'emploient que des seringues "personnelles" ou que, à tout le moins, ceux qui partagent des aiguilles et seringues connaissent et pratiquent des protocoles simples de nettoyage. Pour faciliter ces actions, il faut faciliter l'accès aux moyens de prévention mentionnés (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.84-85).

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Première orientation des actions de prévention: l'éducation et l'information

Il reste beaucoup à faire pour amener l'ensemble de la population à comprendre que le SIDA n'est pas un problème de santé qui se limite à certains "groupes marginaux" (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.85).

Deuxième orientation des actions de prévention: le counselling pré-test et post-test

Le terme "counselling" renvoie aux activités suivantes:

- . le counselling pré-test et post-test,
- . le support médical et psychosocial des personnes séropositives,
- . la consultation psychosociale qui accompagne le traitement des personnes atteintes du SIDA.

Le counselling pré-test et post-test fait partie intégrante des actions de prévention de l'infection décrites dans cette section. Les interventions d'ordre psychosocial qui ont comme fonction la prise en charge des personnes séropositives ou malades sont traitées plus loin dans ce rapport.

En termes de prévention, le counselling pré-test et post-test a pour objectif de faire en sorte que toute personne à risque, qui se considère comme telle ou qui est infectée, prenne *conscience* des risques de transmission ou d'exposition au VIN et limite ces risques en adaptant, si nécessaire, ses habitudes, ses pratiques ou son comportement (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.88-89).

Recommandations sur les actions de prévention

Le groupe de travail recommande que des campagnes d'information et d'éducation intensives soient mises sur pied au Québec auprès de publics bien déterminés: les jeunes d'âge scolaire, les populations où la prévalence ou l'incidence de l'infection est élevée actuellement, la population générale et les groupes spécifiques.

Le groupe de travail recommande que les campagnes d'information soient basées sur les groupes cibles et effectuées par les groupes et les services communautaires les plus aptes à rejoindre les personnes exposées. Un matériel éducatif et des ressources doivent être disponibles centralement. Ces campagnes devront être évaluées rigoureusement du point de vue de l'efficacité et de la pertinence des messages.

Le groupe de travail est d'avis qu'à court terme les personnes ayant des comportements les exposant au virus soient d'abord visées par les actions d'éducation et d'information. Le groupe recommande cependant d'intensifier de façon importante l'éducation à la sexualité à l'école pour s'assurer que tout(e) nouvel(le) étudiant(e) en âge d'expérimenter sa sexualité connaisse et adopte des pratiques le(la) protégeant du SIDA et des MTS (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.91).

Devant l'absence de traitement pour le SIDA où d'un vaccin pour le prévenir, le principal outil est l'action éducative visant la transmission du VIH.

L'éducation devra s'adresser à deux catégories de groupes cibles:

- 1) les groupes cibles où il y a peu de cas de SIDA, mais où l'exposition est en principe aussi possible que dans les groupes à risque
- 2) les groupes-cibles réputés à haut risque d'où la diffusion est la plus susceptible de venir.

Le défi demeure celui des pratiques sexuelles plus sûres pour prévenir la transmission du VIH (Comité de prévention du sida, 1988, p.19).

Objectifs quant aux changements de comportements:

. faire en sorte que les individus concernés par des pratiques sexuelles à risque (partenaires multiples, relations non-protégées, pénétration anale) s'adonnent de façon responsable à des pratiques sexuelles sûres (un partenaire, relations avec condom, éviter les relations anales).

. faire en sorte que les individus partageant des aiguilles et seringues connaissent et pratiquent des protocoles simples de nettoyage (Comité de prévention du sida, 1988, p.19).

3. LE "COUNSELLING"

Alors que l'éducation et la formation se font en général auprès des groupes-cibles, le "counselling" va encore plus loin, et ce sur une base individuelle.

Plus que pour toute autre maladie à issue fatale, le "counselling" constitue un moyen privilégié de prévention. Il a été éprouvé dans son efficacité à promouvoir des changements de comportement sexuel. Il n'est pas destiné uniquement à soutenir la personne infectée du VIH ou atteinte du SIDA à bien vivre son état, mais aussi, dans une approche de prévention, à limiter sinon à empêcher la transmission du VIH à d'autres personnes (Comité de prévention du sida, 1988, p.30).

Quant aux personnes non-infectées mais ayant subi le test, le "counselling" peut les amener à conscientiser de façon plus approfondie les risques de transmission ou d'exposition au VIH et à les éviter en changeant leurs comportements.

Le "counselling" peut aussi aider les individus à mieux vivre leur anxiété, leurs craintes et leur détresse et supporter les familles des personnes infectées ou atteintes et favoriser la poursuite ou le renouvellement de leur intégration sociale.

Sans avoir fait de relevé systématique, nous savons que la réalité actuelle du "counselling" est variable, inégale et non-organisée.

Au niveau des organismes communautaires, c'est l'une de leurs activités principales; il est de même pour certaines cliniques spécialisées en MTS où il se trouve des médecins et d'autres professionnels de la santé utilisant cette approche.

Dans les organismes communautaires, le "counselling" prend souvent la forme de groupes d'entraide, d'écoute téléphonique et d'accompagnement à domicile (Comité de prévention du sida, 1988, p.32).

4.2 Phase 3 = 1992-1996

LES VALEURS CULTURELLES ET LE SIDA

Ce que la consultation aura permis de mieux mettre à jour est la différence fondamentale des valeurs et des cultures entourant les questions de la sexualité, des M.T.S. et du sida. Loin de parler de stigmatisation, on en vient à parler de respect des différences dans le vécu propre aux différentes populations (CQCS, 1991a, p.3).

De l'état pathologique qu'est le sida, découle une situation morale en rapport avec la sexualité humaine. Celle-ci est une dimension fondamentale de chaque personne. Mais chaque personne n'est pas identique dans sa manière de concevoir et de vivre sa sexualité (CQCS, 1991a, p.3).

Ces différences nous renvoient aux valeurs que vivent les diverses populations cibles. Ces valeurs traduisent des différences culturelles importantes (le mot culturel doit ici être pris dans son sens le plus générique et non réduit à l'origine ethnique uniquement): la manière même de communiquer à leur sujet est aussi très différente. Il n'est donc pas possible d'assimiler pour toute la population en général les mêmes moyens de communication et partant, d'éducation et de formation, en prétendant joindre toutes les personnes dans leurs différences (CQCS, 1991a, p.3).

En un mot, il y a un lien fondamental entre culture et sida. Dans toute culture, la maladie est conçue de façon différente et a fortiori le sida, dont l'origine tient en majeure partie aux comportements sexuels; le sida fait appel à des valeurs différentes d'une population cible à l'autre puisque la sexualité y est aussi vécue de façon très différente, surtout au niveau de la communication la concernant. La sexualité et son vécu sont souvent rattachés à des valeurs religieuses ou éthiques, lesquelles conditionnent, consciemment ou non; les réactions aux conséquences comme le sida (CQCS, 1991a, p.3).

Au terme de la consultation qui a été menée, il est impérieux de constater qu'il n'est plus possible de mettre tout le monde "dans le même sac" concernant la prévention du sida. Le message central de cette consultation aura été de faire comprendre que les moyens de prévention doivent être adaptés aux valeurs et aux cultures de populations cibles et autant que possible que ces moyens doivent être pris en charge par les membres eux-mêmes de ces populations cibles (CQCS, 1991a, p.3-4).

Il y a donc une interface fondamentale entre les conditions de vie des différentes populations cibles et leur manière de vivre la prévention du VIH et des autres M.T.S. Il y a des états, des conditions, des dispositions de vie qui favorisent le risque de transmission et qui sont plus présents dans certaines populations cibles; ces manières d'être se doublent de valeurs véhiculées dans ces populations, valeurs dont la portée par rapport aux messages et aux moyens de prévention joue un rôle majeur. Le condom pour un Inuit et pour une prostituée n'est pas perçu selon les mêmes valeurs (CQCS, 1991a, p.4).

L'objectif principal de la prévention du VIH consiste donc à s'assurer que toutes les populations cibles disposent des moyens les plus adaptés à leur culture, à leurs valeurs et à leur situation pour enrayer la transmission du virus (CQCS, 1991a, p.4).

L'attitude : il faut repenser les formules d'approche : les approches coercitives, administratives et institutionnelles doivent céder le pas à une approche personnalisée, centrée sur la qualité de la relation et l'approche par objectifs; dans un tel contexte, les toxicomanes ne sont pas si difficiles à approcher : tout est une question de respect, d'aide et d'ouverture (CQCS, 1991a, p.33).

Ces mesures, qui se fondent sur une approche globale de la personne placent celle-ci au coeur des décisions qui la concernent et s'inscrivent ainsi dans l'esprit de la réforme du système de santé et de services sociaux. En ce sens, leur implantation requerra une grande collaboration des régies régionales qui, tout comme les organismes communautaires et les autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux, seront appelées à contribuer (CQCS, 1992, message du ministre).

La variété des clientèles exige que des programmes de prévention adaptés viennent compléter les campagnes de communication, car certaines populations qui sont plus exposées à contracter des MTS ou le VIH ne reçoivent correctement les messages qui leur sont destinés que dans la mesure où elles se reconnaissent en eux et se sentent interpellées par leur contenu. Des interventions terrain développées localement et pouvant reposer, entre autres, sur la contribution des pairs, continueront d'être soutenues. La variété des clientèles exige que des programmes de prévention adaptés viennent compléter les campagnes de communication, car certaines populations qui sont plus exposées à contracter des MTS ou le VIH ne reçoivent correctement les messages qui leur sont destinés que dans la mesure où elles se reconnaissent en eux et se sentent interpellées par leur contenu. Des interventions terrain développées localement et pouvant reposer, entre autres, sur la contribution des pairs, continueront d'être soutenues (CQCS, 1992, p.14).

4.3 Phase 4 = 1997-2002

Si cette phase 4 maintient les activités de prévention du VIH/sida, elle s'engage plus à fond dans la promotion de la santé. Cela veut dire des interventions en amont des problèmes, des actions plus larges sur l'environnement social, des appuis additionnels en vue de développer le potentiel d'action des groupes, des mesures favorisant le maintien à domicile et la qualité des soins ainsi qu'une meilleure connaissance des dimensions de la problématique pour accroître l'efficacité des actions. Par dessus tout, il y a une considération plus grande de la vulnérabilité des groupes et des personnes au VIH/sida (CQCS, 1997, avant-propos).

Considérer dès lors les personnes dans leur vulnérabilité plutôt que strictement en fonction de leur appartenance à des groupes à risque d'exposition, c'est élargir l'approche, s'ouvrir plus à leur réalité, tenir compte davantage de leurs problèmes, se rapprocher d'elles et adapter les interventions en conséquence. C'est agir davantage sur les déterminants de la santé, en conformité avec l'approche de promotion de la santé, cela a pour effet d'orienter en l'occurrence nos actions vers le développement des aptitudes personnelles, le renforcement de l'action communautaire, la création d'environnements sociaux favorables et l'adaptation des services sociosanitaires. (NBP: référence à la charte d'Ottawa: «La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. 1986, p.3, tiré à part») (CQCS, 1997, p.18).

Après dix ans d'interventions, tous les individus ne se situent pas au même point en matière de prévention des MTS et du sida. Pour certains, il suffit de renforcer des comportements alors que, pour d'autres, il s'agit de les amener à adopter des comportements sécuritaires. D'aucuns se trouvent dans des conditions de grande vulnérabilité, d'autres sont relativement à l'abri.

Dans les circonstances, un message unique de prévention semble de moins en moins approprié. Il importe au contraire de diversifier les approches, la teneur des messages et les activités éducatives et de segmenter l'intervention⁷ en vue d'une action de prévention plus efficace (CQCS, 1997, p.21).

Des stratégies de communication devraient être poursuivies auprès du grand public avec le souci de renouveler le message, voire l'approche, afin de traduire les besoins actuels. Mais plus que tout, des stratégies particulières devraient être conçues à l'intention des groupes vulnérables et des personnes déjà infectées (CQCS, 1997, p.22).

Favoriser le développement du potentiel d'action des groupes et des personnes vulnérables

Trois secteurs d'action sont privilégiés afin d'outiller les personnes et les groupes de sorte qu'ils puissent prendre leur santé en charge.

Il convient de soutenir le regroupement des personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits, de contrer les abus et la violence et de favoriser des actions de prévention et de soutien face au VIH/sida.

De même, il faut appuyer les interventions et les organismes qui suscitent la participation des personnes vulnérables afin que celles-ci soient davantage en mesure de répondre à leurs besoins.

Enfin, des activités de formation portant sur le développement du potentiel d'action de ces groupes et de ces personnes vulnérables devront être planifiées à l'intention des organisateurs et des travailleurs communautaires ainsi que des travailleurs oeuvrant dans le milieu auquel appartiennent ces personnes vulnérables (CQCS, 1997, p.22-23).

L'engagement plus à fond dans cette voie requiert des modifications dans nos façons de voir et d'aborder le problème. Désormais, l'accent est mis sur le contexte des personnes vulnérables plutôt que sur les seuls risques d'infection, ce qui nous amène aussi à revoir nos façons de faire et nos cibles d'intervention. Il faut davantage se rallier à des problématiques connexes ou plus larges qui sont en mesure d'intégrer celle de la prévention des MTS et du sida pour accroître l'impact de nos interventions; il faut de plus élargir notre champ d'action à l'environnement social et au développement du potentiel d'action des groupes et intervenir en amont des problèmes. Il ne s'agit pas forcément d'un virage majeur, mais plutôt de l'accentuation d'une orientation qui a émergé à la phase 3, qui se confirme et prend de l'ampleur à cette phase-ci, appuyée en cela par une expérience et une expertise plus grandes (CQCS, 1997, p.30).

Néanmoins, l'exposé de la situation révèle qu'une proportion de personnes ne se protègent toujours pas, principalement des jeunes plus vulnérables, des personnes dont les conditions de vie sont difficiles ou qui font l'objet de discrimination (CQCS, 1997, p.30).

Un deuxième axe dépendant du premier nécessite plutôt des changements dans les pratiques en vue de rejoindre les personnes et les groupes vulnérables qui sont loin du réseau, qui ont plus de difficulté à se prendre en mains ou pour lesquels les services sont moins adaptés. Il découle de la prise en compte de la complexité des problèmes que vivent ces personnes, bien au-delà du problème du sida (CQCS, 1997, p.31).

De façon générale, les interventions auprès de cette population se répartissent selon trois catégories. Premièrement, le travail de milieu (outreach) par les pairs dans les lieux de rencontre des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (bars, saunas, lieux de sexe sur place); deuxièmement, des interventions individuelles ou de groupes visant à renforcer le potentiel des individus pour se protéger contre l'infection par le VIH et les MTS

(santé sexuelle, affirmation de soi); troisièmement, des stratégies de développement communautaire visant à créer un environnement social propice à l'adoption et au renforcement des comportements sexuels sécuritaires (campagne et outils de communication en milieu gai, distribution de condoms et lubrifiants dans les lieux gais). Pour accroître l'adoption de comportements sécuritaires, il faut favoriser la reconnaissance sociale des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et, donc, cibler davantage l'environnement social et comprendre comment ces paramètres influencent la prise en charge par ces hommes de leur santé (CQCS, 1996, p.30-31).

Si la recherche des meilleurs moyens et des façons de faire les plus appropriées mène sans contredit notre démarche de planification de l'action en matière de lutte contre le VIH/sida, *ce sont toutefois les personnes qui sont au centre de nos préoccupations* : les personnes vivant avec le VIH/sida, les groupes vulnérables et la population. Redéfinir l'action et en préciser le niveau et les modalités afin de répondre davantage aux besoins de ces personnes et de ces groupes, voilà les défis que s'est fixés le CQCS (CQCS, 1998, avant-propos).

Si, au début de l'épidémie, par ignorance de l'existence du VIH et des modes de transmission, des personnes de toutes conditions sociales étaient infectées, il en est de moins en moins ainsi. Parmi les personnes qui s'infectent ces dernières années, on retrouve de plus en plus de personnes aux prises avec de multiples problèmes tant psychosociaux que médicaux, considération non négligeable quand il s'agit d'élaborer des mesures de prévention. (CQCS, 1998, p.11).

Dans pareil contexte, l'information sur les modes de transmission de l'infection et sur les moyens de prévention (condoms, seringues, etc.) de même que la distribution de ces moyens, bien qu'essentiels, ne suffisent pas. Il faut élargir l'approche auprès de ces personnes et de ces groupes particulièrement exposés, tenir compte davantage de leur situation et favoriser le développement de leur potentiel d'action en vue de l'amélioration de leur santé. Il faut également intervenir sur les aspects jugés stratégiques dans l'environnement social pour faciliter la prévention du VIH (CQCS, 1998, p.11).

4.4 Phase 5 = 2003-2009

Au-delà des facteurs individuels, il existe une vulnérabilité aux ITSS qui comporte de multiples facettes psychoindividuelles et sociostructurelles.

Cette vulnérabilité est déterminante sur le potentiel de contracter ces infections et sur la capacité des individus et des groupes de se protéger et d'exercer plus de contrôle pour leur santé. Par exemple, des situations de pauvreté, d'itinérance, de toxicomanie, de maladie mentale, de violence et de discrimination jouent sur la capacité des personnes à choisir des comportements sécuritaires, à consulter, à recourir aux traitements pour les ITSS et à vivre avec des infections chroniques comme le VIH ou le VHC ; elles peuvent même agir sur la maladie dont la progression peut être plus rapide. Ces situations contribuent à marginaliser socialement et économiquement les personnes et les privent souvent d'un accès à du soutien social important. Les besoins primaires de logement, de nourriture et d'intimité ont tôt fait de supplanter de manière marquée les préoccupations de santé à long terme. Investir en promotion de la santé devient essentiel (MSSS, 2004, p.22).

En somme, on ne peut faire fi des perceptions et des nouvelles réalités relatives à ces infections. En outre, il n'est pas inutile de souligner que les actions préventives dans le domaine des ITSS visent des comportements motivés par la recherche de plaisirs immédiats, soit la sexualité et la consommation de drogues. Les actions préventives modulent en quelque sorte la jouissance

pour éviter la prise de risque. Dans pareil contexte, veiller à ce que la population soit sensibilisée aux problèmes du VIH, du VHC et des ITS, faire en sorte que le risque devienne inacceptable aux yeux des individus et inciter les individus à adopter des comportements sécuritaires présentent des défis de taille (MSSS, 2004, p.22).

STRATÉGIE soutenir le développement des communautés

OBJECTIF:

! favoriser l'empowerment des communautés^{38,39} pour une prise en charge de leur santé (NBP : référence au document de l'INSPQ sur la santé des communautés et le développement social) (MSSS, 2004, p.38).

Il existe différentes communautés au sens strict du terme qui partagent, par exemple, des valeurs et qui sont particulièrement touchées par le VIH et les ITS. Ce sont les communautés ethnoculturelles, principalement celles dont les personnes sont originaires des Caraïbes et des pays d'Afrique, les Autochtones et, surtout, la communauté gaie qui a été la première à se mobiliser dans la lutte contre le sida. Il y aurait lieu de favoriser la formation d'autres groupes, comme les utilisateurs de drogues. Depuis 1973, il existe au Ministère un programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) qui promeut l'action des organismes communautaires et qui prévoit qu'on leur offre soutien, information et soutien financier. Il importe de soutenir le processus d'empowerment de ces communautés afin qu'elles déterminent les problèmes les plus importants dans le domaine des ITSS et participent aux solutions.

Que ce soit le regroupement de personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits et de favoriser les actions de prévention ou que ce soit des interventions qui suscitent la participation des personnes vulnérables, il convient d'appuyer ces initiatives qui contribuent à diminuer la vulnérabilité. Le Cercle de l'espoir Stratégie des premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida constitue un bel exemple d'une volonté de la communauté de prendre en mains ce problème. Il faut par ailleurs soutenir l'implantation de cette stratégie (MSSS, 2004, p.38).

ACTIVITÉS À L'INTENTION DES COMMUNAUTÉS

! Activités de soutien aux communautés dans leur processus d'empowerment collectif; notamment, soutien au regroupement des personnes vulnérables (MSSS, 2004, p.38).

5. PROMOTION DE LA SANTÉ

5.1 PROVINCIAL

5.1.1 Phase 4 = 1997-2002

La phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, 1997-2002 s'intègre dans un environnement qui s'est considérablement modifié. Aussi, les orientations qu'elle énonce tiennent compte de cette dynamique de changement qui relève à la fois de l'évolution du profil épidémiologique et des nouvelles priorités qui en découlent, des progrès thérapeutiques et de la transformation de notre système de services de santé et de services sociaux. À ce chapitre, la lutte contre le sida s'exerce désormais sur la base des trois grandes dimensions qui traduisent cette transformation : soit la promotion de la santé et la prévention, le redéploiement des ressources vers des interventions ambulatoires et la décentralisation des pouvoirs de décision et des niveaux de responsabilité (CQCS, 1997, avant-propos).

Si cette phase 4 maintient les activités de prévention du VIH/sida, elle s'engage plus à fond dans la promotion de la santé. Cela veut dire des interventions en amont des problèmes, des

actions plus larges sur l'environnement social, des appuis additionnels en vue de développer le potentiel d'action des groupes, des mesures favorisant le maintien à domicile et la qualité des soins ainsi qu'une meilleure connaissance des dimensions de la problématique pour accroître l'efficacité des actions. Par dessus tout, il y a une considération plus grande de la vulnérabilité des groupes et des personnes au VIH/sida (CQCS, 1997, avant-propos).

C'est à la Politique de santé et de bien-être que se réfèrent principalement les orientations. Agir en amont des problèmes alors que le VIH et les MTS demeurent des maladies évitables et tenter de modifier dans un sens favorable les déterminants de la santé qui ont trait, par exemple, aux comportements, au milieu de vie et à l'environnement social, afin d'optimiser les mesures prises de l'avant en prévention et dans la prestation de soins et services aux personnes concernées : ces sont là quelques-uns des principes que la présente stratégie s'applique à mettre en pratique. Il y a un engagement plus profond dans l'approche de promotion de la santé (CQCS, 1997, p.7-8).

La phase 4 de la Stratégie épouse les quatre grands principes directeurs que propose le cadre stratégique Priorités nationales de santé publique 1997-2002, soit : agir et comprendre; s'engager davantage auprès des communautés; s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités de santé et de bien-être; intervenir de façon concertée et coordonnée. Enfin, dans le contexte social actuel où l'épidémie du VIH/sida touche des personnes particulièrement vulnérables, il apparaît d'autant plus pertinent de réaffirmer l'importance du respect des droits de la personne. Quels que soient le statut social, la culture, le mode de vie, les valeurs, le sexe ou l'orientation sexuelle, toutes les personnes ont droit aux services de prévention, aux traitements et aux soins (CQCS, 1997, p.8).

Beaucoup d'efforts ont été consentis en vue d'adapter les moyens de prévention aux réalités respectives de ces groupes, afin de les rejoindre dans leur milieu et de susciter leur participation aux actions les concernant. Il a non seulement été important de transmettre des messages sur la protection, mais aussi des messages positifs axés sur la valorisation des personnes et des relations amoureuses. Que ce soit par le biais d'interventions par les pairs, de travail en atelier, d'actions précises au sein des groupes (par exemple, campagne sur l'estime de soi dans la communauté homosexuelle et distribution de condoms et de lubrifiants) ou de formules visant la réduction des méfaits, tel le réseau d'accès aux seringues, la prévention auprès de ces groupes s'est exercée dans le respect de leur mode de vie (CQCS, 1997, p.12-13).

MAINTENIR LA PRÉVENTION DU VIH ET DES MTS ET S'ENGAGER PLUS À FOND SUR LA VOIE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Poursuivre les actions visant l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires

L'adoption et le maintien de comportements sécuritaires demeurent toujours les principaux moyens d'éviter la propagation de l'infection par le VIH et, du même coup, la plupart des MTS. Même si l'information sur ce qu'il faut faire semble largement répandue et même si la conscience des risques d'infection s'est accrue dans la population, il y a encore des personnes qui n'ont pas été rejointes et il y a toujours des personnes qui ne se protègent pas en dépit des efforts consentis à cette fin.

Après dix ans d'interventions, tous les individus ne se situent pas au même point en matière de prévention des MTS et du sida. Pour certains, il suffit de renforcer des comportements alors que, pour d'autres, il s'agit de les amener à adopter des comportements sécuritaires. D'aucuns se trouvent dans des conditions de grande vulnérabilité, d'autres sont relativement à l'abri. Dans les circonstances, un message unique de prévention semble de moins en moins approprié.

Il importe au contraire de diversifier les approches, la teneur des messages et les activités éducatives et de segmenter l'intervention⁷ en vue d'une action de prévention plus efficace.

Des stratégies de communication devraient être poursuivies auprès du grand public avec le souci de renouveler le message, voire l'approche, afin de traduire les besoins actuels. Mais plus que tout, des stratégies particulières devraient être conçues à l'intention des groupes vulnérables et des personnes déjà infectées.

De plus, une attention particulière devrait toujours être accordée à l'accessibilité aux condoms, aux lubrifiants, aux seringues stériles et au matériel d'information et de sensibilisation en matière de prévention, dans toutes les régions et plus près des milieux de vie.

Dans un autre ordre d'idées, informer des risques d'exposition les partenaires sexuels et les co-utilisateurs de matériel d'injection qui ont eu des contacts avec une personne infectée par le VIH demeure toujours une grande préoccupation. La question a déjà été documentée. Des modalités d'intervention devraient être expérimentées dans le but d'identifier les meilleures stratégies.

Enfin, il importe de veiller au développement et à l'évaluation d'interventions sur le terrain favorisant l'adoption de comportements sécuritaires par les groupes vulnérables et les personnes vivant avec le VIH/sida. Des approches d'éducation sociosanitaire qui font participer les personnes vulnérables, tels le travail en petits groupes, les approches interactives et faisant appel aux pairs ainsi que les jeux de rôles, semblent donner de bons résultats (CQCS, 1997, p.21-22).

Favoriser le développement du potentiel d'action des groupes et des personnes vulnérables

Trois secteurs d'action sont privilégiés afin d'outiller les personnes et les groupes de sorte qu'ils puissent prendre leur santé en charge.

Il convient de soutenir le regroupement des personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits, de contrer les abus et la violence et de favoriser des actions de prévention et de soutien face au VIH/sida.

De même, il faut appuyer les interventions et les organismes qui suscitent la participation des personnes vulnérables afin que celles-ci soient davantage en mesure de répondre à leurs besoins.

Enfin, des activités de formation portant sur le développement du potentiel d'action de ces groupes et de ces personnes vulnérables devront être planifiées à l'intention des organisateurs et des travailleurs communautaires ainsi que des travailleurs oeuvrant dans le milieu auquel appartiennent ces personnes vulnérables (CQCS, 1997, p.22-23).

Soutenir des interventions visant à agir sur l'environnement social de façon à optimiser l'impact des actions de prévention

On sait que l'environnement social influence d'une certaine manière le fait d'avoir ou non un comportement sécuritaire. Cela est d'autant plus pertinent dans le cas des groupes qui font l'objet de discrimination en raison de leur orientation sexuelle ou de la consommation de drogues illicites. Un pas dans la bonne direction serait la reconnaissance sociale des personnes homosexuelles, notamment du statut de conjoint de fait. Des propositions de modifications des lois à ce chapitre devraient être favorisées.

Par ailleurs, l'approche de réduction des méfaits appliquée à la toxicomanie permet de rendre notamment accessibles aux toxicomanes qui ne peuvent arrêter de consommer le traitement à

la méthadone, des services de première ligne, d'adaptation sociale ou de réadaptation, et des moyens de protection. Cette approche aborde le problème sous l'angle de la santé plutôt que de la coercition. Il nous appartient de faire la promotion de cette approche auprès des instances concernées.

Dans un autre ordre d'idées, il faut reconnaître que l'on dispose de peu d'information sur les conditions d'exercice et la décriminalisation de la prostitution, de même que sur la légalisation de l'usage de certaines drogues. Étant donné l'impact possible de ces questions sur la prévention des MTS et du VIH, il serait certainement utile de les documenter.

Pour terminer, notons qu'il y a lieu de maintenir le soutien accordé aux milieux de travail dans l'élaboration d'activités ou de politiques relatives au VIH/sida (CQCS, 1997, p. 23).

L'engagement plus à fond dans cette voie requiert des modifications dans nos façons de voir et d'aborder le problème. Désormais, l'accent est mis sur le contexte des personnes vulnérables plutôt que sur les seuls risques d'infection, ce qui nous amène aussi à revoir nos façons de faire et nos cibles d'intervention. Il faut davantage se rallier à des problématiques connexes ou plus larges qui sont en mesure d'intégrer celle de la prévention des MTS et du sida pour accroître l'impact de nos interventions; il faut de plus élargir notre champ d'action à l'environnement social et au développement du potentiel d'action des groupes et intervenir en amont des problèmes. Il ne s'agit pas forcément d'un virage majeur, mais plutôt de l'accentuation d'une orientation qui a émergé à la phase 3, qui se confirme et prend de l'ampleur à cette phase-ci, appuyée en cela par une expérience et une expertise plus grandes (CQCS, 1997, p.30).

Ceci signifie s'attaquer à des problèmes sociaux tels que la pauvreté, la discrimination, le suicide, la criminalité, les rapports d'inégalité entre les sexes, afin de créer autour des individus un environnement favorable, propice à la santé et au bien-être. Réduire les résistances vis-à-vis des vis-à-vis des populations discriminées, notamment l'homophobie, adopter une approche de réduction des méfaits aux des toxicomanies, accroître la place de l'éducation à la sexualité dans l'ensemble de la population, favoriser les comportements pacifiques entre garçons et filles, sont autant d'actions qui influenceront l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (CQCS, 1996, p.42-43).

Pour conclure, les défis à relever durant la phase 4 suggèrent que les orientations des phases 2 et 3 demeurent dans leurs grandes lignes. Néanmoins, à la lumière des connaissances acquises et des enjeux posés par l'ensemble de la problématique, il apparaît pertinent que la phase 4 s'inscrive davantage dans la promotion de la santé qui tient compte à la fois de l'individu de son environnement et des interactions entre un et l'autre. Les objectifs poursuivis dans le secteur du VIH et des MTS doivent s'arrimer avec ceux des autres problématiques de santé et de bien-être afin d'offrir un réel continuum de programmes pour les personnes les plus vulnérables. Ce travail exigera une meilleure coordination entre les intervenants des réseaux sociosanitaire et communautaire ainsi que le développement de nouveaux partenariats avec les intervenants des autres secteurs concernés (CQCS, 1996, p.110).

5.1.2 Phase 5 = 2003-2009

La présente stratégie s'inscrit dans la continuité des précédentes, prend appui sur les acquis des nombreuses années de lutte contre le sida et les ITS et inclut la lutte contre l'hépatite C. Elle poursuit la voie de la promotion de la santé, prévoit un soutien plus grand à l'approche de réduction des méfaits et apporte des précisions sur l'action dans les différents secteurs (MSSS, 2004, p.11).

Complémentaire au PNSP, la nouvelle stratégie reprend, pour le domaine des ITSS, les objectifs de celui-ci, soit la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, ou la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que les stratégies d'actions suivantes:

- ! renforcer le potentiel des personnes¹;
- ! soutenir le développement des communautés;
- ! participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;
- ! soutenir les groupes vulnérables;
- ! encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces (MSSS, 2004, p.12).

Pour envisager des effets à long terme sur les comportements de la population, il faut aussi consacrer des efforts à la promotion de la santé en général et de la santé sexuelle. Des approches portant sur l'efficacité personnelle, la norme comportementale ou l'élimination des obstacles à l'utilisation des moyens de protection sont des options intéressantes. Compte tenu des expériences d'exclusion vécues par les personnes et les groupes vulnérables, il importe de travailler de concert avec ces collectivités afin de renforcer leurs capacités d'adaptation et de transformation, voire leur autonomie. Sur un autre plan, il faut intervenir dans l'environnement social sur le respect des droits de la personne, sur des questions d'égalité et de justice sociales. Sans vouloir lancer tous azimuts des interventions, il est possible de déterminer les dossiers névralgiques et les alliances profitables pour accroître la portée de l'action visant à éviter la transmission des infections.

L'enjeu principal est de renouveler le message pour contrer la banalisation du sida, de diversifier les stratégies afin de motiver les personnes très vulnérables à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires, tout en se préoccupant de la population en général (MSSS, 2004, p.23).

Les réalités régionales ainsi que les caractéristiques des groupes vulnérables doivent être considérées. Il ne faut pas perdre de vue la lutte aux infections qui ne sont pas seulement des problèmes médicaux, mais aussi des problèmes sociaux (MSSS, 2004, p.23).

1re STRATÉGIE: renforcer le potentiel des personnes

Le changement de comportements repose sur la motivation, tant de la population en général que des groupes vulnérables et des personnes touchées par les ITSS. Il passe également par le développement de la capacité de ces personnes à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires.

OBJECTIFS :

- ! sensibiliser la population en matière d'infection par le VIH, d'infection par le VHC et d'ITS ainsi qu'en matière de comportements sécuritaires;
- ! favoriser l'adoption d'attitudes favorables envers les groupes vulnérables et les PVVIH ;
- ! favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires auprès de la population, des groupes vulnérables et des personnes infectées (MSSS, 2004, p.31).

Maintenir un dispositif de communication

Pour éviter que la population croie, à tort, que les risques de contracter le VIH ou une ITS sont minces et que les conséquences de ces infections ne sont plus graves, il importe de maintenir

un dispositif de communication sur la prévention des infections et sur la promotion de la santé. Ce dispositif doit viser à favoriser des attitudes et des comportements préventifs dans la population et le renforcement de normes préventives. Récemment, des campagnes nationales de communication sur la promotion de l'utilisation du condom et sur les habiletés à le négocier^{XVI} ont été menées auprès des jeunes. D'autres sur la banalisation du sida^{XVII} ont été réalisées auprès des jeunes adultes. Il faut poursuivre et renouveler sans cesse le matériel en s'appuyant notamment sur les recherches dans le domaine afin que la population soit toujours sensibilisée aux problèmes et qu'elle ait des attitudes favorables et des comportements préventifs.

Dans les messages à transmettre, il faut accorder une attention à la prévention du passage à l'injection, à des modes particuliers de transmission du VHC (les pratiques de tatouage et de perçage). Il faut mettre l'accent sur le principe d'une responsabilité individuelle en matière de prévention des infections, que la personne soit infectée ou pas, et sur la promotion d'attitudes de tolérance, de compassion et de solidarité à l'égard des groupes vulnérables. Il faut aussi voir à sensibiliser les partenaires qui peuvent être associés dans les différents projets^{XVIII}.

Faire la promotion de l'éducation à la sexualité et prévenir la consommation de drogues en milieu scolaire

L'éducation à la sexualité permet de favoriser l'intégration harmonieuse de la dimension sexuelle de la personne tout en considérant les normes de la collectivité³⁰. Abordée de façon plus large sous l'angle notamment des relations amoureuses, du plaisir, de l'affirmation de soi, de l'identité, de l'orientation sexuelle, de la planification des naissances et des rapports de sexe, la sexualité prend tout son sens et, en retour, tend à donner davantage de sens aux comportements sécuritaires². Agir au regard de l'usage de drogues, dans une perspective de promotion de la santé, c'est mettre en place des conditions et des environnements favorisant chez les individus l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires ainsi que d'attitudes responsables face aux substances psychotropes⁵.

Le milieu scolaire est un endroit privilégié pour faire de la prévention. Depuis 1989, un comité interministériel sur les ITSS, formé de membres du Ministère et du ministère de l'Éducation du Québec, produit, à intervalle régulier, un plan d'activités variées. Ces activités s'adressent surtout aux enseignants et aux élèves du primaire et du secondaire, mais aussi, à l'occasion, aux étudiants des cégeps et des universités. De plus, une entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation³¹ a été conclue. Des engagements conjoints ont été pris, des objets et des modalités de concertation ont été précisés sur les plans local, régional et national. Conformément à cette entente et au PNSP, il faut participer à l'élaboration et à l'implantation d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, voir à ce que l'éducation à la sexualité soit prise en compte, incluant la prévention des grossesses non planifiées, et s'assurer que des activités pédagogiques soient mises sur pied, accompagnées d'outils pour soutenir les enseignants (MSSS, 2004, p.31-32).

5e STRATÉGIE soutenir le développement des communautés

OBJECTIF:

! favoriser l'empowerment des communautés^{38,39} pour une prise en charge de leur santé.

Il existe différentes communautés au sens strict du terme qui partagent, par exemple, des valeurs et qui sont particulièrement touchées par le VIH et les ITS. Ce sont les communautés ethnoculturelles, principalement celles dont les personnes sont originaires des Caraïbes et des

pays d'Afrique, les Autochtones et, surtout, la communauté gaie qui a été la première à se mobiliser dans la lutte contre le sida. Il y aurait lieu de favoriser la formation d'autres groupes, comme les utilisateurs de drogues. Depuis 1973, il existe au Ministère un programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) qui promeut l'action des organismes communautaires et qui prévoit qu'on leur offre soutien, information et soutien financier. Il importe de soutenir le processus d'empowerment de ces communautés afin qu'elles déterminent les problèmes les plus importants dans le domaine des ITSS et participent aux solutions.

Que ce soit le regroupement de personnes vulnérables en vue de défendre leurs droits et de favoriser les actions de prévention ou que ce soit des interventions qui suscitent la participation des personnes vulnérables, il convient d'appuyer ces initiatives qui contribuent à diminuer la vulnérabilité. Le Cercle de l'espoir Stratégie des premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida constitue un bel exemple d'une volonté de la communauté de prendre en mains ce problème. Il faut par ailleurs soutenir l'implantation de cette stratégie (MSSS, 2004, p.38).

5.2 RÉGIONAL

Maintenir la prévention du VIH et des MTS et s'engager plus à fond sur la voie la de la promotion de la santé (RRSSS de Montréal-centre, 1999, p.3)

Accroître auprès des personnes vulnérables les actions de promotion, de prévention et de protection visant à diminuer la transmission du VIH et des MTS, par une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être (RRSSS de Montréal-centre, 1999, p.3);

Le plan d'action régional proposé a pour but la prévention primaire du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Montréal-Centre. Le plan d'action s'inspire des stratégies de réduction des méfaits dans une perspective de promotion de la santé telle que préconisée dans le cadre de référence pour la prévention du ministère de la Santé et des services sociaux et l'Organisation mondiale de la santé (DSP de Montréal-centre, 1996, p.2).

L'implication active des gens du milieu toxicomane dans la mise en oeuvre des stratégies de prévention du VIH semble s'imposer de soi. Par delà son implication au niveau de la sensibilisation au sida et de la distribution de seringues neuves, il faudra mieux épauler le milieu UDI par le biais de stratégies de promotion de la santé qui misent sur l'influence des leaders d'opinion et sur la pression des pairs pour favoriser l'institution et le maintien de normes d'injection plus sécuritaires dans les piqueries et ailleurs (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.vi).

Ceci tiendrait au fait que dans les piqueries, la consommation de drogues injectables est un dénominateur commun qui confère à certaines activités préventives (par exemple, la démonstration de la désinfection des seringues) une pertinence et une utilité immédiate pour la clientèle présente. Les UDI s'y sentent plus en sécurité que dans la rue et ils y séjournent assez longtemps, ce qui, malgré l'état d'intoxication, favorise leur réceptivité, encourage la libre interaction avec les intervenantes et facilite l'offre de services préventifs. De plus, les dynamiques de groupe peuvent être mises à profit. Par le biais de stratégies de promotion de la santé qui misent sur l'influence des leaders d'opinion et sur la pression des pairs pour modifier les comportements, l'intervention dans les piqueries permettrait d'y instituer des normes d'injection plus sécuritaires (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.6-7).

Le potentiel d'efficacité de PIC-ATOUTS est rehaussé par l'intégration de plusieurs stratégies complémentaires de promotion de la santé. Le projet s'appuie principalement sur l'intervention dans le milieu par le biais de travailleurs de rue qui tentent de rejoindre les toxicomanes dans leur propre milieu de vie. L'intervention individuelle est complétée par d'autres stratégies qui

misent sur l'influence et la pression des pairs pour faciliter l'adoption et le maintien des comportements sécuritaires. PIC-ATOUT propose donc des activités axées tant sur la sensibilisation et la transmission des connaissances que sur le développement d'habiletés et de compétences, l'amélioration de l'accès aux moyens de protection ainsi qu'à une gamme de ressources sociales, médicales et de réadaptation, la mobilisation du soutien social et la création de milieux de vie supportants (DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, p.1).

En mars 1991, les activités prévues aux volets 1, 2 et 3 du plan d'intervention ont été priorisées. En effet, leur réalisation semblait préalable à l'implantation du volet 4. A l'heure actuelle, il semble que la présence de PIC-ATOUTS dans le milieu depuis plusieurs mois ait conduit à la création des conditions favorables au développement de ce volet. En effet, l'intervention dans les lieux de consommation (piqueries) initiée en janvier 1992 favorise l'identification de personnes clés ou de leaders d'opinion dans la communauté UDI qui pourraient agir en tant que modèles auprès de leurs pairs et comme agents multiplicateurs du projet dans leur milieu. Ceci permettrait d'assurer la continuité des efforts de prévention une fois le projet terminé (DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, p.16).

Par le biais de stratégies de promotion de la santé qui misent sur l'influence et la pression des pairs pour modifier les comportements, cet accès aux lieux d'injection permettrait, suivant l'exemple de New-York, de graduellement instituer des normes d'injection sécuritaires dans les piqueries ("non-sharing shooting")(DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, p.20).

Dans l'ensemble, la population-cible n'a pas été impliquée en phase d'élaboration des projets. Cependant, la population-cible a été interpellée durant l'évaluation des projets et lors de la validation de certains outils (logo). De plus, certains sous-groupes (gérants de piqueries) ont été impliqués lors de la planification de certaines activités réalisées dans le cadre d'un projet. Cette expérience semble démontrer la faisabilité, lorsque l'intégration dans le milieu le permet, d'associer la population-cible à l'intervention (Morissette, C., 1994a, p.1).

L'approche par milieu ou quartier doit être favorisée afin de permettre l'implantation de multiples stratégies adaptées à la réalité locale. Or, il n'est pas possible dans le cadre de l'exercice actuel d'évaluer les besoins, la pertinence, l'intensité et l'impact des efforts de prévention à l'échelle régionale. Les acteurs sont multiples, les réalités locales différentes. Il est nécessaire qu'une instance soit désignée afin d'évaluer l'état de situation de la région à cet égard, soit en mesure d'identifier les zones géographiques prioritaires, d'identifier les acteurs, de coordonner les efforts actuels et d'implanter, lorsque jugé pertinent, de nouvelles activités. Certains milieux plus captifs mériteraient d'être mieux exploités comme les centres d'accueil et de réadaptation, les maisons de jeunes, les centres de détention et de transition, les centres pour femmes (Morissette, C., 1994a, p.2).

De sorte que certains sous-groupes cumulant plusieurs caractéristiques ne sont pas nécessairement bien ciblés par les interventions actuelles. De plus, il est possible que ces sous-groupes à cause de la marginalisation ne soient pas suffisamment (ou pas du tout) représentés au sein des organisations et des associations actuelles pour que leur spécificité sur le plan social soit visible. D'autres groupes ne font pas l'objet d'efforts spécifiques. Il s'agit des communautés ethnoculturelles et des autochtones. L'approche par milieu permettrait peut-être d'assurer une meilleure couverture des groupes à cibler et de développer des interventions mieux adaptées (Morissette, C., 1994a, p.2).

Certaines stratégies devraient être développées : le soutien des milieux de vie, l'action pour et avec les groupes vulnérables par le biais de l'action communautaire, l'amélioration des

conditions de vie et les activités en vue de l'élaboration de politiques publiques saines. Le développement récent à l'échelle régionale et provinciale du dossier pharmacie représente cependant un exemple d'application de cette dernière stratégie. La santé publique devrait être spécifiquement mandatée afin d'évaluer la faisabilité d'intégrer l'ensemble des stratégies dans le programme régional de prévention tout en tenant compte des réalités locales. La concertation avec la population-cible et les organismes locaux devraient permettre de mieux adapter les interventions (Morissette, C., 1994a, p.3).

Renforcer le développement d'interventions visant le changement des normes sociales : ceci implique une bonne connaissance du milieu et la capacité d'adapter l'approche systémique aux réseaux d'UDI en vue de leur mobilisation. De plus, l'approche individuelle devrait être supportée par des interventions de groupes planifiées en fonction des spécificités (groupe sur le partage entre partenaires, groupe sur les alternatives à l'injection auprès des jeunes, groupe sur l'utilisation du condom avec les partenaires réguliers etc)(Morissette, C., 1994a, p.3).

Stratégies et méthodes

Les objectifs de changement individuel sont prépondérants. Plusieurs stratégies et méthodes sont utilisées. Les stratégies les plus utilisées sont celles qui favorisent le potentiel des personnes, la réorientation des services. Les méthodes utilisées sont essentiellement la formation, l'éducation pour la santé et les services preventifs. Cependant, un seul projet s'appuie sur l'utilisation simultanée des stratégies préconisées dans la Charte d'Ottawa. De plus ce projet intègre l'approche Villes et Villages en santé comme moyen pour atteindre ses objectifs. Certaines stratégies devraient être développées : le soutien des milieux de vie, l'action pour et avec les groupes vulnérables par le biais de l'action communautaire, l'amélioration des conditions de vie et les activités en vue de l'élaboration de politiques publiques saines. Le développement récent à l'échelle régionale et provinciale du dossier pharmacie représente cependant un exemple d'application de cette dernière stratégie. La santé publique devrait être spécifiquement mandatée afin d'évaluer la faisabilité d'intégrer l'ensemble des stratégies dans le programme régional de prévention tout en tenant compte des réalités locales. La concertation avec la population-cible et les organismes locaux devraient permettre de mieux adapter les interventions (Morissette, C., 1994a, p.3).

Explorer la faisabilité de développer des interventions visant le changement des conditions sociales locales propices au développement de la toxicomanie : à ce niveau l'approche Villes et villages en santé peut servir de support à l'intervention, l'arrimage avec le programme régional de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie serait souhaitable (Morissette, C., 1994a, p.3).

Bien que l'implantation des projets soit essentiellement sous-régionale, leur portée a une importance sur le plan provincial et national. Cependant, l'appropriation par la communauté et la poursuite des projets sont toujours source de préoccupation (Morissette, C., 1994a, p.4).

Tels que décrits précédemment, il y a plusieurs milieux d'intervention et de recherche à privilégier. Parmi la population toxicomane les principaux groupes-cibles pour lesquels la santé publique devrait consentir plus d'efforts sont les jeunes hommes et les femmes particulièrement ceux en situation d'initier une consommation de drogues injectables, les jeunes engagés dans la prostitution; les hommes UDI dans l'ensemble et plus particulièrement ceux ayant des relations homo/bisexuelles et ceux pratiquant la prostitution; les femmes surtout les UDI engagées dans la prostitution, les partenaires d'UDI et les itinérants. L'utilisation de drogues injectables n'épargne probablement pas les communautés ethnoculturelles et les autochtones

vivant en milieu urbain. La situation dans ces milieux doit être mieux explorée. *Les efforts de recrutement de certains groupe-cibles dans leurs milieux de vie* et de consommation devraient être poursuivis. La coordination et le support à l'évaluation d'implantation et d'impact des Interventions de promotion et de prévention développées dans la région devraient être une priorité pour la santé publique. Pour ce faire, les liens de la santé publique avec les organismes communautaires, les milieux cliniques, les centres de réadaptation et le milieu universitaire doivent être renforcés. Plus en aval, peu d'études s'adressent à l'impact psychosocial du sida sur les toxicomanes vivant avec le VIH/sida et leur entourage (Morissette, C., 1994b, p.11).

Des efforts doivent être investis afin de mieux comprendre le contexte socioculturel dans lequel s'exercent les comportements et d'améliorer la connaissance socio-anthropologique des milieux UDI. L'exploration des réseaux de partenaires de partage (dans le contexte de l'initiation, de partenaires sexuels, de groupes de "réguliers" par exemple) permettrait d'aborder les UDI avec une meilleure compréhension de leurs milieux de vie, d'adapter nos stratégies de changements individuels mais aussi de développer des actions dans la perspective de changements de l'environnement social (Morissette, C., 1994b, p.12).

5.3 Mettre en place les moyens en vue de mobiliser le milieu toxicomane et réduire la marginalisation. Impliquer les groupes-cibles à la définition, la planification, la réalisation et l'évaluation d'actions adaptées à leurs besoins (Morissette, C., 1994b, p.16).

Quant aux organismes spécifiquement voués à des services de prévention auprès des clientèles plus vulnérables, ils sont au nombre de 3. Tous ces organismes sont reconnus efficaces pour leurs interventions par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Leurs activités permettent de rejoindre, dans leur milieu, les personnes provenant de sous-groupes reconnus à haut risque d'infection (hommes gais, personnes toxicomanes, usagers de drogues injectables (UDI) et itinérantes, personnes travailleuses du sexe). Leurs interventions se situent spécifiquement en prévention primaire, c'est-à-dire auprès des personnes non atteintes mais considérées à haut risque d'infection dû à leur comportement sexuel ou de consommation (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.17).

La gamme de services qu'ils rendent à ces populations est étendue allant de la distribution de matériel de protection (échange de seringues, condoms) au soutien individuel ou de groupe, au centre de jour, en passant par la défense des droits, l'accompagnement psychosocial et la distribution d'information. Tous ont un point en commun, ils interviennent dans les milieux de vie des personnes. Ils les encouragent à développer et à maintenir des habiletés et des comportements sécuritaires (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.18).

De plus, dans le souci d'assurer la continuité des actions jugées efficaces et nécessaires, pour lutter contre l'épidémie du VIH, ainsi que la consolidation des compétences et expertises développées dans le milieu (surtout communautaire), nous continuons de croire qu'un financement continu des actions prioritaires est indispensable pour l'atteinte de nos objectifs (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.1).

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, la simple diffusion d'information ne suffit pas en soi à faire modifier les comportements, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de comportements reliés à la sexualité ou à la consommation des drogues. La DSP encourage le développement d'interventions qui mettent l'accent sur le développement des habiletés et des compétences des individus afin que ceux-ci puissent prendre en mains leur propre santé ainsi que sur les modifications des normes sociales et des autres conditions du milieu de vie qui influencent les comportements associés à la transmission

du VIH. Les interventions centrées exclusivement sur la diffusion d'information ou le développement d'outils ou d'activités de sensibilisation ne seront pas admissibles. Plus concrètement, nous faisons appel aux :

= stratégies qui rejoignent, dans leur milieu de vie, les populations particulièrement difficiles à atteindre;

= stratégies qui font appel à des pairs et à d'autres agents multiplicateurs pour accroître l'acceptabilité et les retombées des interventions;

= stratégies qui permettent d'accroître les connaissances, les compétences individuelles et la confiance des groupes d'appartenance à maîtriser les facteurs extérieurs qui viennent influencer la santé des personnes;

= stratégies qui cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'intervention adaptées à savoir, les stratégies « d'empowerment »;

= stratégie qui visent la réduction des méfaits

= stratégies qui cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'intervention adaptées à savoir, les stratégies « d'empowerment »;

==Enfin, considérant que l'efficacité des interventions de prévention augmente lorsque celles-ci portent sur plusieurs catégories de déterminants à la fois, tant au niveau de l'individu que de son environnement (milieu de vie), les projets qui combinent des interventions favorisant le v< renforcement du potentiel des individus, qui visent à créer un environnement social propice aux comportements sécuritaires et qui offrent un bon soutien aux personnes, seront souhaitables (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.5-6).

De plus en plus, des intervenants du réseau de la santé et des directions d'établissements se sentent concernés par la situation particulièrement dans les territoires où les projets communautaires sont bien ancrés dans les milieux de vie des UDI et des jeunes marginaux (DSP de Montréal-centre, 1997c, p.2).

Outre l'intervention directe auprès des UDI, les organismes communautaires tentent d'influencer l'environnement physique et social des UDI et travaillent auprès de divers acteurs de la communauté. Plusieurs organismes communautaires font également de l'action communautaire (empowerment des UDI)(DSP de Montréal-centre, 2004, p.8).

6. RM ET CONTEXTE DE RM (PROMOTION DE LA SANTÉ, ETC.)

6.1 PROVINCIAL

6.1.1 Phase 3 = 1992-2006

Les enjeux et les défis particuliers de la prévention du VIH chez les UDI

Les efforts de lutte contre l'épidémie d'infection par le VIH associée aux drogues ont mis en évidence une certaine polarisation dans la société entre les attitudes des tenants de deux perspectives opposées. La première approche, la "tolérance zéro", préconise la répression et la stigmatisation des personnes qui revendent et consomment des drogues. Cette vision représente la personne toxicomane comme un criminel dont les activités illicites doivent être punies.

La seconde approche, à laquelle souscrit le CQCS, consiste en la réduction des préjudices (harm reduction) qui vise, en travaillant avec les personnes qui consomment des drogues, à

minimiser les dommages qu'elles s'infligent à elle-mêmes, ainsi qu'à leurs partenaires sexuels, à leur famille et à l'ensemble de la société. La personne toxicomane est alors considérée comme présentant un problème de santé pour lequel il a besoin d'être aidé. Ces deux perspectives coexistent au sein de la société québécoise et on doit en tenir compte au moment où il faut s'attaquer avec encore plus d'ardeur et de ténacité à la prévention de l'infection chez les toxicomanes (CQCS, 1994, p.22).

OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH EN LIEN AVEC L'USAGE DE DROGUES

Orientation générale

Les programmes de prévention visent en premier lieu à limiter la transmission du VIH dans la population des toxicomanes en tenant compte des situations et des comportements comportant des risques et sur l'adoption de comportements sécuritaires. Le CQCS considère que la non-consommation de drogues psychotropes est le meilleur moyen d'éviter les risques d'infection. Cependant, étant donné l'ampleur de la problématique de la propagation du VIH au sein de la population toxicomane et des risques de transmission à certains segments de la population générale et de transmission périnatale qui en découlent, le CQCS propose d'adopter une approche pragmatique qui consiste à reconnaître la réalité du phénomène des drogues. Il faut donc tenter de rejoindre les personnes qui font usage de drogues et travailler avec elles dans la perspective de minimiser les risques auxquels elles s'exposent et auxquelles elles exposent aussi leurs partenaires et leurs enfants à naître. On reconnaît ainsi que la transmission du VIH pose à la société un problème plus urgent que ne le fait la consommation de drogues (CQCS, 1994, p.24).

Sur le plan symbolique, la distribution "officielle" de matériel d'injection aux UDI semblera aux yeux de certains donner le mauvais message, à savoir que l'usage de drogues illégales est socialement acceptable. On pourrait même croire que cela va exacerber le problème des drogues et que, de toutes façons, les efforts d'éducation destinés aux UDI seront vains parce que ceux-ci ne se préoccupent pas de leur santé. À l'expérience toutefois, on a constaté que ces risques perçus ou anticipés ne sont pas corroborés par les faits mais plutôt que les personnes qui font usage de drogues peuvent et tentent effectivement de se protéger elles-mêmes et de prévenir les autres d'une infection par le VIH. De plus, la croissance appréhendée de consommation de drogues résultant d'une plus grande accessibilité du matériel d'injection ne s'est pas produite. On doit aussi reconnaître que la transmission du VIH pose à la société un problème plus urgent que ne le fait la consommation de drogues (CQCS, 1994, p.30-31).

La réduction des risques semble être le résultat d'un environnement favorable au sein duquel il est possible : d'accéder à des seringues stériles, de l'eau de Javel, des condoms et d'autres moyens concrets de réduire les risques; de prendre conscience du danger que représente le VIH; et de bénéficier de l'assistance de ses pairs dans l'optique de la réduction des risques d'infection par le VIH (CQCS, 1994, p.31).

Les programmes d'échange de seringues

Le mode d'intervention le mieux connu à cet égard est le programme d'échange de seringues qui repose sur les principes suivants : 1) faciliter l'accès à du matériel d'injection stérile permet de réduire le recours au partage de seringues; 2) parce que les UDI doivent retourner le matériel utilisé pour en obtenir d'autre, il est possible de disposer des seringues infectées d'une façon sécuritaire; 3) les rencontres qui ont lieu au moment de l'échange permettent de donner des conseils relatifs aux comportements sécuritaires (techniques d'injection, soin des veines,

pratiques sexuelles) et également de remettre des condoms, de l'eau de Javel ou d'indiquer d'autres moyens concrets de réduire les risques (CQCS, 1994, p.31).

Les mesures de prévention ont jusqu'à maintenant focalisé principalement sur les individus qui font usage de drogues. Seuls quelques rares projets ont tenté d'agir dans la sous-culture du milieu de la drogue. La plupart du temps, ces interventions proviennent d'agences extérieures agissant pour le bien de leur clientèle. La répression, la stigmatisation et le rejet social dont les personnes qui consomment des drogues sont victimes, particulièrement les UDI, sont également des facteurs qui peuvent décourager une plus grande visibilité et l'amorce d'une démarche d'auto-organisation et de revendication de leurs droits de citoyens (CQCS, 1994, p.32).

Néanmoins, on reconnaît le succès des activités d'auto-prise en charge de certains regroupements de personnes homosexuelles dans la promotion de la réduction des risques, et celui d'associations de personnes qui font usage de drogues aux Pays-Bas. On a également observé que la réduction des risques chez les UDI résulte de l'influence de leur groupe de pairs et des normes en vigueur dans leur milieu. C'est pourquoi le CQCS a l'intention de soutenir des projets-pilotes visant à agir auprès des UDI dans le but d'augmenter leur sentiment d'appartenance et les efforts collectifs pour se protéger mutuellement. Ces projets pourront d'ailleurs s'associer la participation des différents acteurs du milieu de la drogue. La mission de ces regroupements pourrait inclure également le soutien aux toxicomanes vivant avec le VIH et l'entraide (CQCS, 1994, p.32).

Il en va de la responsabilité des intervenantes et intervenants à tous les niveaux de conscientiser non seulement les personnes qui font usage de drogues et leurs proches, mais aussi les collègues et les gestionnaires en vue de protéger à court terme la santé des personnes et d'entreprendre les changements plus fondamentaux qui mèneront, à plus long terme, à une action sur les facteurs à l'origine du problème. L'adoption d'attitudes non discriminatoires envers les UDI et la reconnaissance de leurs besoins particuliers et de leurs droits fondamentaux sont des objectifs importants qu'il faut poursuivre autant auprès des gestionnaires que du public en général. Considérons par exemple le travail de prévention de la transmission du VIH auprès des toxicomanes qui est entravé, sinon rendu impossible, par des interventions répressives qui seraient menées en parallèle. Pour que le travail de prévention puisse se faire, il faut en arriver à une forme de dépénalisation de facto. L'obtention d'un accord de principe avec les autorités responsables doit faire partie intégrante de la planification de projets sur le terrain. Il faudra, à brève échéance, se doter, dans les centres de soins aux personnes toxicomanes, de politiques VIH qui confirment le droit de celles-ci à la confidentialité et à l'accès aux soins (CQCS, 1994, p.34).

Pour ces raisons, il convient d'abord de comprendre que la lutte contre le sida requiert de la société qu'elle reconnaisse aux personnes qui font usage de drogues leur dignité et leurs besoins. Il ne faudrait pas que le travail de prévention de la transmission du VIH auprès des toxicomanes soit entravé et que la crédibilité des intervenantes et intervenants soit compromise par des interventions répressives ou mal coordonnées avec les efforts de prévention. Le CQCS met de l'avant une stratégie globale et intégrée regroupant diverses initiatives interdépendantes et complémentaires qui s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé. Les intervenantes et intervenants devront savoir être souples et pragmatiques afin de mettre en oeuvre des projets efficaces, réalisables et acceptables, compte tenu des multiples contraintes liées à l'intervention face au tandem drogues et sida. À ce titre, l'implantation des programmes d'échange de seringues représente une reconnaissance explicite de la réalité sociale de l'usage des drogues et de la nécessité d'adopter des mesures de santé publique concrètes et

pragmatiques pour contenir l'augmentation du taux de VIH chez les utilisateurs et utilisatrices de drogues par injection et leurs familles. L'objectif le plus urgent est celui de rejoindre tous les toxicomanes, les plus isolés également, et de prendre des mesures pour éviter leur marginalisation. Il s'agit avant tout d'individus, non de substances. Il est impératif d'aider les personnes aux prises avec les drogues afin qu'elles puissent sauvegarder leur santé et améliorer leurs conditions de vie (CQCS, 1994, p.39).

6.1.2 Phase 4 = 1997-2002

Beaucoup d'efforts ont été consentis en vue d'adapter les moyens de prévention aux réalités respectives de ces groupes, afin de les rejoindre dans leur milieu et de susciter leur participation aux actions les concernant. Il a non seulement été important de transmettre des messages sur la protection, mais aussi des messages positifs axés sur la valorisation des personnes et des relations amoureuses. Que ce soit par le biais d'interventions par les pairs, de travail en atelier, d'actions précises au sein des groupes (par exemple, campagne sur l'estime de soi dans la communauté homosexuelle et distribution de condoms et de lubrifiants) ou de formules visant la réduction des méfaits, tel le réseau d'accès aux seringues, la prévention auprès de ces groupes s'est exercée dans le respect de leur mode de vie (CQCS, 1997, p.12-13).

Par ailleurs, l'approche de réduction des méfaits appliquée à la toxicomanie *permet de rendre notamment accessibles* aux toxicomanes qui ne peuvent arrêter de consommer le traitement à la méthadone, des services de première ligne, d'adaptation sociale ou de réadaptation, et des moyens de protection. Cette approche aborde le problème sous l'angle de la santé plutôt que de la coercition. Il nous appartient de faire la promotion de cette approche auprès des instances concernées (CQCS, 1997, p. 23).

La marginalisation créée par le statut illégal des drogues rend difficile le travail de prévention auprès des UDI qui sont souvent considérés davantage comme des criminels que des personnes confrontées à un problème de santé important. Plusieurs organismes en contact direct avec les UDI interviennent peu en promotion de comportements d'injection sécuritaires. Ainsi, pour être efficaces, les programmes de prévention du VIH devront travailler davantage sur une approche de réduction des méfaits avec un plus grand nombre de partenaires. Les efforts de prévention du VIH doivent faire partie d'une gamme plus large de services qui répondent à l'ensemble des besoins des UDI (services de première ligne, désintoxication, l'accès à la, méthadone, réadaptation, réinsertion sociale)(CQCS, 1996, p.32).

Promotion de l'approche de réduction des méfaits appliquée à la toxicomanie

L'incidence annuelle du VIH chez les personnes utilisatrices de drogues par injection est relativement élevée, soit 6 % approximativement. Il s'agit d'un problème sérieux et complexe qui va difficilement de pair avec des comportements sécuritaires face à la transmission du VIH. L'approche de réduction des méfaits qui vise à minimiser les conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la famille, la communauté et la société constitue une avenue prometteuse pour la prévention du VIH et la promotion de la santé (CQCS, 1998, p.16).

Abordant le problème sous l'angle de la santé plutôt que de la coercition, cette approche appliquée à la toxicomanie permet, entre autres, de rendre accessibles aux toxicomanes qui ne peuvent arrêter de consommer, le traitement à la méthadone, des services de première ligne, d'adaptation sociale ou de réadaptation, et des moyens de protection. Cette approche soulève toutefois des questions juridiques et éthiques sur lesquelles il faudra se pencher. Une série d'actions sont prévues par le CQCS relativement à cette approche (CQCS, 1998, p.16).

Dans cette perspective, les actions de promotion de la santé et de prévention doivent se situer à divers niveaux, de manière à couvrir l'ensemble des risques. Il est avant tout nécessaire d'agir en amont, dans une perspective de promotion de la santé ; c'est-à-dire mettre en place des conditions et des environnements favorisant chez les individus l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires, et de leur fournir les moyens de faire des choix judicieux en matière de substances psychotropes, incluant le non-usage. Cependant, même si l'objectif premier doit être une action en amont des problèmes afin d'éviter toute forme d'usage susceptible d'avoir des conséquences néfastes pour l'individu, pour ses proches ou pour la société, il reste que certains individus continueront, de manière épisodique ou plus ou moins chronique, d'avoir un usage inapproprié. Il est utopique de penser éliminer complètement l'usage inapproprié des substances psychotropes licites et illicites, qui constitue souvent une expérience humaine et sociale au même titre que d'autres comportements à risque. Il s'avère donc essentiel d'être pragmatique et d'agir aussi dans une perspective visant la réduction des méfaits afin de limiter les conséquences négatives ou les problèmes qu'entraîne un usage inapproprié de ces substances (MSSS, 2001, p.12).

Pour ce qui est des drogues illicites, les mesures préconisées par la plupart des sociétés occidentales sont prohibitionnistes. On cherche à éliminer toute forme d'usage en contrôlant l'offre et la demande, soit par l'arrestation des trafiquants, la saisie des produits illégaux ainsi que les sanctions imposées aux usagers. Ce contrôle par la prohibition remporte un succès mitigé. La prohibition est d'ailleurs mise en cause dans la plupart des problèmes liés aux drogues illicites (marché noir, qualité variable des produits, criminalité, maladies infectieuses, surdoses, etc.). La législation actuelle peut donc, dans certains cas, faire obstacle à la réduction des méfaits en favorisant la clandestinité, dans la mesure où les poursuites judiciaires, l'emprisonnement, le dossier criminel constituent des méfaits importants liés à l'usage des drogues. Si la répression a une place dans la lutte contre le trafic des substances psychotropes, il existe actuellement un déséquilibre entre les actions répressives, qui consistent à punir et à exclure les usagers de drogues illicites, et les actions préventives, qui visent l'intégration sociale et le soutien (MSSS, 2001, p.18).

Peu d'efforts sont consentis à la réduction directe des méfaits et à l'implantation de programmes qui couvrent l'ensemble des risques (allant des méfaits potentiels jusqu'à la dépendance en passant par les conséquences négatives ponctuelles), et qui permettent ainsi d'entrer en contact avec tous les usagers potentiels, réguliers et dépendants (MSSS, 2001, p.23).

Il est aussi illusoire de penser éliminer complètement l'usage des drogues illicites ou la consommation abusive d'alcool que les maladies du cœur ou les cancers. Il est cependant possible de limiter, voire de réduire les problèmes de santé et de bien-être et l'ensemble des méfaits qui découlent de l'usage inapproprié des substances psychotropes⁴⁴. Cela implique qu'en plus de mesures de promotion de la santé et de prévention, des services doivent être offerts aux usagers qui, sans forcément viser l'abstinence ou le non-usage, cherchent à réduire les méfaits associés à un usage inapproprié (MSSS, 2001, p.24).

Créer des environnements favorables à une saine gestion de la consommation et à la réduction des méfaits qui découlent d'un usage inapproprié de substances psychotropes

Certains contextes de consommation ou certains environnements peuvent parfois favoriser l'usage inapproprié de substances psychotropes ou l'aggravation des problèmes liés à cet usage.

Les contextes de consommation

Les mesures relatives aux contextes de consommation visent plus particulièrement les lieux de consommation, par exemple les bars, les party rave, voire les piqueries. Des actions dans ces lieux peuvent grandement aider à réduire les risques de méfaits liés à l'usage inapproprié d'alcool ou de drogues illicites. Mieux encore, l'environnement peut fournir des ressources en vue d'éviter qu'un usage inapproprié n'entraîne des méfaits importants pour l'individu ou la société. Le programme Nez Rouge en est l'exemple le plus connu.

Actions proposées

En collaboration avec les organismes communautaires, les CLSC, les pharmacies et les centres hospitaliers, promouvoir l'accès aux programmes de récupération et d'échange de seringues et intégrer ces programmes aux autres services de première ligne.

Avec la collaboration des partenaires concernés, poursuivre la mise en place des zones de tolérance telles que des organismes accueillant les toxicomanes afin qu'ils se procurent du matériel stérile d'injection, des condoms, qu'ils obtiennent le support des intervenants et intervenantes tout en facilitant l'accessibilité à des soins médicaux (MSSS, 2001, p.43-44).

Promouvoir dans les divers milieux (écoles, lieux de travail, quartiers, centres de détention, établissements du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple) l'implantation de politiques qui préconisent des interventions non stigmatisantes et soucieuses d'éviter l'exclusion des personnes qui consomment des substances psychotropes.

Assurer l'accès aux services sociaux et de santé auprès des usagers de substances psychotropes.

Promouvoir, accroître et améliorer l'accessibilité aux programmes de maintien à la méthadone ou à tout autre programme de substitution, notamment en milieu carcéral.

Expérimenter des projets pilotes de programmes à bas seuil (méthadone ou autres produits de substitution) dans le but précis de réduire la fréquence des injections.

Faciliter la constitution de groupes communautaires de défense des droits et de soutien des personnes toxicomanes (MSSS, 2001, p.46).

Promouvoir l'adoption de politiques publiques cohérentes en matière de substances psychotropes

Dans le présent document, l'expression politique publique doit être comprise dans son acception la plus large. Les politiques publiques peuvent autant prendre la forme d'orientations gouvernementales ou de lois que d'orientations institutionnelles ou corporatives conduisant à des règlements ou à des procédures, par exemple. C'est particulièrement le cas pour des mesures qui, visent à améliorer les conditions de vie (axe 1) ou pour celles qui ont trait à la mise en place de zones de tolérance (axe 2). L'adoption de politiques publiques cohérentes en matière de substances psychotropes exige une attention particulière. C'est pourquoi elles font l'objet de l'axe 3 (MSSS, 2001, p.47).

Les politiques publiques relatives aux drogues illégales

Plusieurs méfaits (surdose, dépendance, intoxication grave) se trouvent accrus par le manque de qualité et le niveau de concentration des substances psychotropes. Les substances distribuées sur le marché illicite renferment des ingrédients dont la qualité, la concentration et la teneur sont très variables, augmentant ainsi leur degré de dangerosité.

Dans les années 1920, la société québécoise, comme plusieurs autres, a choisi de rejeter la prohibition de l'alcool, ce qui aura permis à l'État un meilleur contrôle de la qualité et de la distribution des produits alcoolisés. En ce qui concerne les drogues illicites, certains pays

européens ont adopté des approches différentes du modèle répressif, qui leur permettent d'exercer un contrôle relatif sur la qualité et la distribution de certains produits. Il en est ainsi de la pratique de prescription de substances comme l'héroïne (Suisse⁶⁷, Pays-Bas, Angleterre, Australie⁶⁸). Les Pays-Bas, pour leur part, tolèrent la possession de drogues douces pour usage personnel et en permettent la vente contrôlée. Dans ce même pays, seulement 20 % des consommateurs d'héroïne s'administrent la drogue par injection comparativement à 50 % aux États-Unis⁶⁹. À Montréal, parmi les jeunes de la rue, presque 100 % des consommateurs d'héroïne s'injectent la drogue⁷⁰. La répression fait augmenter les coûts de la drogue et peut inciter les consommateurs à choisir l'injection pour être moins visibles et obtenir un meilleur rapport qualité/prix⁷¹. Comme l'approche prohibitionniste est loin d'assurer le contrôle de la qualité et de la concentration des substances psychotropes, il s'avère nécessaire de s'intéresser à ces nouvelles approches ainsi qu'aux résultats obtenus afin de les considérer éventuellement dans un contexte nord-américain (MSSS, 2001, p.50-51).

6.1.3 Phase 5 = 2003-2009

Toutefois, il semble toujours difficile de trouver des services de première ligne et d'insertion sociale pour les personnes qui n'ont pas arrêté de consommer des drogues, comme des services d'adaptation sociale et de réadaptation. Il faudrait davantage rendre accessibles ces services de première ligne et offrir, en centre de détention, un soutien à l'arrêt de consommation de drogues, le traitement à la méthadone et le choix de produits moins risqués. Il faudrait également explorer la possibilité d'offrir le matériel d'injection. Comme il est recommandé dans les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie⁵, il y aurait lieu d'expérimenter des projets pilotes de programmes à bas seuil (méthadone ou autres produits de substitution) dans le but précis de réduire la fréquence des injections. Enfin, il est convenu de procéder préalablement à une étude de faisabilité pour ce qui est des projets pilotes de sites d'insertion sociale et d'injection supervisés pour une approche plus large de la réduction des méfaits (MSSS, 2004, p. 35).

6.2 RÉGIONAL

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Le plan d'action régional proposé a pour but la prévention primaire du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables de Montréal-Centre. Le plan d'action s'inspire des stratégies de réduction des méfaits dans une perspective de promotion de la santé telle que préconisée dans le cadre de référence pour la prévention du ministère de la Santé et des services sociaux et l'Organisation mondiale de la santé.

La réduction des méfaits est une approche sociale particulièrement adaptée aux individus et aux communautés les plus vulnérables. La première priorité de la réduction des méfaits vise à minimiser les répercussions négatives reliées à l'usage des drogues et ce, dans une perspective systémique. Bien que surtout appliquée à la prévention du sida chez les usagers de drogues injectables, les principes de cette politique de santé s'appliquent aussi bien à l'usage de drogues licites ou illicites qu'à d'autres problématiques de santé.

1.1 La toxicomanie est réversible, le sida ne l'est pas

La réduction des méfaits est pragmatique en ce qu'elle propose de s'attaquer en premier lieu aux objectifs les plus réalistes, les plus immédiats. Or, la propagation du VIH parmi les UDI représente un problème de santé urgent en plus du risque de transmission à certains segments de la population générale dont les enfants à naître. Les personnes toxicomanes ont des besoins

particuliers quant à leur consommation de drogues mais ont également les mêmes besoins que les autres personnes en difficulté aux prises avec des problèmes sociaux ou de santé.

En réduction des méfaits, l'approche globale implique le déploiement d'un spectre de stratégies de prévention et d'intervention qui supporte l'individu dans sa compétence d'exercer des choix, de le responsabiliser vis-à-vis sa santé et celle de son entourage tout en favorisant un environnement propice au changement de comportement.

Les stratégies de réduction des méfaits sont le travail de milieu, l'échange de seringues, la vente et la récupération de seringues en pharmacies, l'accès aux services médicaux et psychosociaux de première ligne, les services visant à solutionner les problèmes de logement, les difficultés financières et légales, la prescription de méthadone ainsi que toutes autres initiatives qui favorisent l'accès aux services nécessaires pour répondre aux besoins des personnes toxicomanes incluant la désintoxication et la réadaptation.

NBP: 2. L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention. Centre québécois de coordination sur le sida. Juin 1994.(DSP de Montréal-centre, 1996, p.2).

Le bilan des réalisations au cours de la phase 3 de la stratégie québécoise de lutte au sida révèle : 1) le manque d'une stratégie régionale cohérente en matière de réduction des méfaits, 2) les limites des programmes d'outreach actuels dans leur capacité de rejoindre efficacement l'ensemble des UDI de Montréal et 3) le besoin d'assurer une meilleure couverture des services. L'accès restreint aux soins et aux activités communautaires affecte la qualité de l'intervention et compromet la capacité des intervenants d'outreach d'orienter et d'accompagner efficacement les personnes vers les services du réseau, notamment les services médicaux et psychosociaux de première ligne. L'efficacité repose sur la capacité de ces programmes d'établir un pont entre les personnes toxicomanes et l'ensemble des autres services de réduction des méfaits (DSP de Montréal-centre, 1997c, p.2).

Pistes d'action

1. Favoriser l'émergence d'un leadership régional en matière de réduction des méfaits chez les toxicomanes et les jeunes marginaux de Montréal-Centre.
2. Renforcer la capacité du réseau institutionnel et communautaire de développer des stratégies de réduction des méfaits efficaces qui visent le développement des compétences individuelles, l'action communautaire et la création de milieux propices à l'adoption et au maintien de comportements sexuels et de consommation de drogues à risques réduits.
3. Améliorer l'accessibilité, favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services de prévention offerts aux UDI et aux jeunes marginaux.
4. Soutenir le développement des compétences des intervenants à tous les niveaux du continuum de services.
5. Supporter la création d'un environnement physique et social favorable à la réduction des méfaits chez les toxicomanes, leur entourage et la communauté (DSP de Montréal-centre, 1997c, p.3)

Le programme a été développé en conformité avec les principes directeurs suivants: adapter les activités aux clientèles et au contexte d'intervention de manière à ce qu'elles soient acceptables et crédibles; adopter une approche non condamatoire et globale vis-à-vis des personnes toxicomanes, dans une perspective de réduction des méfaits; faire appel aux ressources

existantes et développer un partenariat avec le milieu afin de favoriser l'appropriation du programme et sa continuité (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.1).

Les stratégies d'intervention privilégiées pour rejoindre la clientèle UDI et réaliser les activités prévues sont le travail de rue et l'action communautaire. Deux intervenantes ont eu pour mission de s'intégrer au milieu UDI et de livrer un éventail de services de prévention primaire. L'action communautaire, quant à elle, vise à mobiliser les ressources de la communauté en vue d'offrir les services de soutien aux personnes toxicomanes et de favoriser leur réinsertion sociale. A cet effet, la responsable du programme s'est jointe à une table de concertation sur les toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Il s'est agi aussi d'impliquer des personnes influentes issues du milieu UDI afin d'y instituer des normes de comportements plus sécuritaires. L'ensemble de ces mesures vise à créer un environnement social plus favorable à la réduction des risques individuels liés à la transmission du VIH (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.2).

Parmi les facteurs individuels ou personnels ayant facilité l'implantation du programme, on note: l'empathie et le respect des intervenantes pour leur clientèle (approche non condamnatoire), leur familiarité préalable avec certains codes de conduite et d'expression ayant cours chez les toxicomanes, leur sang-froid et leur tolérance face à la violence dont elles ont parfois été victimes et à la misère présents dans le milieu, leur travail acharné et leur persévérance malgré l'isolement et l'incertitude quant à la direction à suivre. Par dessus tout, elles ont toujours cru que leur clientèle valait la peine qu'on s'occupe d'elle, quoiqu'il arrive (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.7).

L'approche de réduction des méfaits a comme priorité d'atténuer les problèmes accompagnant l'usage de drogues et met l'accent sur l'atteinte d'objectifs réalistes à court terme tel l'adoption de pratiques d'injections sécuritaires (DSP de Montréal-centre, 2002b, p.1).

À l'époque où la régionalisation s'implante, un mouvement se dessine visant à recadrer l'action auprès des UDI dans une perspective globale de réduction des méfaits. Cette tendance transparaît à plusieurs niveaux comme en font foi les documents suivants :

- L'usage de drogues et l'épidémie du VIH (MSSS, 1994) ;16
- Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4 : Orientations 1997-2002 ;17
- Les priorités nationales de santé publique (1997-2002) ;18
- Le rapport du comité permanent de lutte à la toxicomanie.19

Basé sur l'ensemble de ces paramètres, un plan d'action régional de prévention des MTS et du VIH auprès des UDI de Montréal-Centre a donc été élaboré à la Direction de santé publique (DSP) de Montréal-Centre. Le plan est conçu en quatre axes stratégiques visant :

1. une plus grande utilisation de seringues neuves par les UDI ;
2. une plus grande utilisation des services de santé de première ligne par les UDI ;
3. la création d'un environnement social favorable aux comportements sécuritaires ;
4. la mobilisation (!'empowerment) des UDI.

Le premier axe se justifie par le nombre important d'UDI, particulièrement d'UDI1 cocaïnomanes, à Montréal et par l'association entre la consommation de cette drogue et le risque de devenir infecté par le VIH. L'analyse de la situation montrait, qu'en 1995, le nombre de seringues disponibles était nettement insuffisant. En effet, environ 300 000 seringues étaient

alors distribuées ou vendues annuellement. Or, Remis et al. ont estimé, qu'en 1994, 10 683 000 seringues auraient été nécessaires pour combler les besoins des UDI de Montréal en utilisant une seringue neuve pour chaque injection?" Les seringues distribuées représentaient donc moins de 5 % des besoins des UDI. Le premier axe du plan d'action vise donc à favoriser l'outreach (rejoindre les UDI dans leurs milieux) et à accroître l'accès aux seringues stériles.

La DSP avait alors fixé à 1 000 000 de seringues l'objectif de distribution annuelle en 1997 à Montréal. Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, les programmes de prévention ont levé la limite du nombre de seringues remises à l'utilisateur lors d'une visite et au cours d'une journée. De plus, une nouvelle enveloppe budgétaire a été ajoutée pour permettre l'augmentation du nombre de seringues distribuées par les organismes en fonction des demandes des usagers.

Dans le cadre de la prévention du VHC, un nouveau volet s'est ajouté à l'utilisation d'un plus grand nombre de seringues neuves. Il vise la distribution de nouveaux matériels afin de favoriser l'injection à risque réduit à toutes les étapes. Ainsi, depuis l'automne 2003, des ampoules d'eau stérile et des Sécuricups sont disponibles dans les organismes participants.

Le deuxième axe vise à offrir l'accès sans discrimination à des services adaptés aux UDI sur le plan des services médicaux et psychosociaux de première ligne (incluant la méthadone), de désintoxication et de réadaptation. Ce deuxième axe a fait l'objet d'un projet d'adaptation des services en CISC pour les UDI. Ce projet a débuté en 1998 dans sept territoires de CISC. En 2004, onze CISC y participaient et offraient la distribution de matériel stérile d'injection et la récupération de seringues.

Les troisième et quatrième axes visent à améliorer l'environnement physique, social et juridique des UDI et à accroître leur capacité à se prendre en main et à développer eux-mêmes des systèmes de support social. Dans le développement de ces axes, des projets de production de journaux ont vu le jour. Ces projets ont la particularité d'impliquer les UDI à toutes les étapes de la réalisation, incluant la rédaction de textes sur des sujets variés reliés à la réduction des méfaits (DSP de Montréal-centre, 2004, p.3-4).

DESCRIPTION DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES OEUVRANT EN PRÉVENTION DU VIH AUPRÈS DES UDI ET QUI PARTICIPENT AU MONITORAGE

L'action des programmes communautaires oeuvrant en prévention du VIH auprès des UDI de Montréal repose sur une approche globale qui a comme cadre de référence la réduction des méfaits. Cette approche dépasse largement la distribution de seringues : elle touche les niveaux individuels, communautaires et de société et elle tient compte des différentes dimensions : santé physique et psychologique, aspects économiques et dimensions sociales.

Outre l'intervention directe auprès des UDI, les organismes communautaires tentent d'influencer l'environnement physique et social des UDI et travaillent auprès de divers acteurs de la communauté. Plusieurs organismes communautaires font également de l'action communautaire (empowerment des UDI) (DSP de Montréal-centre, 2004, p.8).

5. Documenter l'effet de la marginalisation des personnes toxicomanes et la stigmatisation des personnes atteintes (ou à risque) sur l'efficacité des programmes.

5.1 Promouvoir l'utilisation de la communication persuasive et du marketing auprès de la population générale afin de la sensibiliser au phénomène des toxicomanies et réduire l'intolérance et l'incompréhension.

5.2 Développer des stratégies afin d'améliorer les conditions de vie dans les milieux toxicomanogènes.

5.3 Mettre en place les moyens en vue de mobiliser le milieu toxicomane et réduire la marginalisation. Impliquer les groupes-cibles à la définition, la planification, la réalisation et l'évaluation d'actions adaptées à leurs besoins.

A Mettre l'emphasis sur l'action communautaire afin de favoriser la concertation et l'engagement de partenaires impliqués dans la prévention des MTS et du sida auprès de cette clientèle (Morissette, C., 1994b, p.16).

7. PARTICIPATION/IMPLICATION DE LA «COMMUNAUTÉ» DANS LA PRÉVENTION

7.1 PROVINCIAL

7.1.1 Phases 1 et 2 1987-1991

L'implication de la communauté dans la lutte contre l'épidémie doit donc être également favorisée (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.34).

Les populations où l'incidence est élevée devront être rejointes là où elles vivent et avec l'aide des organismes ou des personnes à qui elles s'identifient, qui sont crédibles à leurs yeux. Ainsi, les groupes communautaires ou les professionnels de la santé communautaire (DSC, CLSC) agissant auprès de publics qu'ils connaissent bien, devront être chargés des programmes en question (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.86-87).

Le groupe de travail recommande que les campagnes d'information soient basées sur les groupes cibles et effectuées par les groupes et les services communautaires les plus aptes à rejoindre les personnes exposées. Un matériel éducatif et des ressources doivent être disponibles centralement. Ces campagnes devront être évaluées rigoureusement du point de vue de l'efficacité et de la pertinence des messages (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.91).

LA MOBILISATION DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

Au Québec, cinq organismes communautaires offrent présentement des services d'aide aux personnes atteintes du VIH (porteurs sains, PLS, ARC, SIDA) et à leurs proches. Ces organismes à but non lucratif reçoivent des subventions gouvernementales ou des dons venant de la communauté (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.137).

Ces groupes communautaires offrent, à des degrés différents, des services d'éducation, d'information, de support social auprès des personnes atteintes et de leurs proches, d'organisation matérielle, bénévolat, aide domestique, transport, repas, accompagnement, de recherche de foyers d'accueil, de support financier aux victimes. En outre, ces organismes ont un commun souci d'information et d'éducation du public. Ils participent à des colloques, des conférences, des symposiums s'adressant autant à la population générale qu'aux personnels du milieu de la santé et des services sociaux ou aux représentants de tout autre organisme (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.137).

Pour toutes ces raisons, les organismes communautaires doivent être appuyés et financés adéquatement, une infrastructure administrative et professionnelle leur étant nécessaire pour recruter, former et encadrer les équipes de bénévoles. Le financement peut venir de sources privées et de contributions volontaires mais, dans l'état actuel des choses et compte tenu de l'ampleur des besoins, il apparaît que les fonds publics doivent être les premiers soutiens de ces organismes (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.138).

Ces regroupements offrent en effet un lieu d'entraide et de réconfort qu'aucun service public, si attentif soit-il, ne peut remplacer. Il est des messages que seuls ces organismes peuvent transmettre. Ils ont pour eux la crédibilité du bénévolat et de la motivation personnelle, ainsi que la confiance des publics auxquels ils s'adressent, tant pour la qualité de leur approche que pour le partage de valeurs ou d'idéologie. C'est le cas, par exemple, de certains publics cibles comme les personnes homosexuelles ou celles qui font usage de drogues par voie intraveineuse (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.138).

Pour toutes ces raisons, les organismes communautaires doivent être appuyés et financés adéquatement, une infrastructure administrative et professionnelle leur étant nécessaire pour recruter, former et encadrer les *équipes de bénévoles*. Le financement peut venir de sources privées et de contributions volontaires mais, dans l'état actuel des choses et compte tenu de l'ampleur des besoins, il apparaît que les fonds publics doivent être les premiers soutiens de ces organismes.

Au fur et à mesure de leur croissance, leur *caractère bénévole et communautaire* risque cependant de disparaître, au profit, par ailleurs, d'une plus grande expertise et professionnalisation et au risque d'un dédoublement des services publics. Dans un contexte de croissance des besoins sociaux et médicaux et de rareté des ressources, la différenciation des rôles et la complémentarité avec les services publics apparaît donc souhaitable.

Pour assurer une véritable complémentarité, l'on devrait, comme la formule existe en Californie, offrir des contrats aux organismes communautaires en spécifiant les services souhaités et en établissant une évaluation des résultats des programmes financés (Groupe de travail sur le sida, 1988, p.138-139).

Actuellement, les organismes communautaires font office, pour la prévention du SIDA, de pont indispensable entre les organismes publics et les personnes ou les communautés porteuses de facteurs de risque et des comportements qui y sont associés (Comité de prévention du sida, 1988, p.20).

En somme, comme le souligne le rapport du Département américain de la Santé et des Services sociaux (janvier 1988), le SIDA est un problème communautaire qui requiert une réponse communautaire aux deux fins d'aider les individus à ne pas être infectés du VIH et à réduire leurs craintes inutiles (Comité de prévention du sida, 1988, p.21).

Le document (à la page 7) poursuit en disant que l'efficacité d'un programme de prévention du SIDA tient à un effort de toute la communauté, impliquant notamment une participation significative,

C'est pourquoi le Ministère de la santé et des services sociaux devrait stimuler des coalitions de leaders, d'organismes communautaires et de centres de services pour le SIDA afin de mieux définir les problèmes prioritaires et de les amener à contribuer à l'atteinte des objectifs du programme (Comité de prévention du sida, 1988, p.62).

Le cas du SIDA exige même un *travail en réseau*, un véritable *maillage* des efforts de tous les intervenants impliqués. C'est le dossier par excellence pour tester la capacité du réseau socio-sanitaire québécois de travailler en véritable concertation, non seulement entre ses propres éléments, mais aussi et surtout avec les organismes communautaires (Comité de prévention du sida, 1988, p.62).

7.1.2 Phase 3 = 1992-1996

Ces mesures, qui se fondent sur une approche globale de la personne placent celle-ci au cœur des décisions qui la concernent et s'inscrivent ainsi dans l'esprit de la réforme du système de santé et de services sociaux. En ce sens, leur implantation requerra une grande collaboration des régions régionales qui, tout comme les organismes communautaires et les autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux, seront appelées à contribuer (CQCS, 1992, message du ministre).

Le Ministère invitera également les organismes communautaires oeuvrant dans le domaine du VIH et du sida à s'engager de plus en plus dans les secteurs prioritaires de la prévention (CQCS, 1992, p.24)

Justification : accepter qu'il faut des intervenants marginaux pour avoir du succès auprès d'autres marginaux et que ces intervenants ne satisfassent pas aux normes régulières d'évaluation pour obtenir des subventions; ces organismes ou projets devraient se trouver des cautions ou tuteurs "rationnels" qui se portent garants de la valeur des interventions auprès des instances sources de subventions. De toute façon, il faut que la prévention primaire se fasse et ce, par les moyens les plus appropriés et efficace (CQCS, 1991a, p. 19).

8. PARTENARIAT ET MOBILISATION

8.1 PROVINCIAL

8.1.1 Phase 4 = 1997-2002

En vue de procurer en temps voulu les soins et services nécessaires à ces personnes, en réponse à des besoins multiples ayant des effets sur l'infection elle-même, il est nécessaire que les médecins et les intervenants de première ligne puissent disposer des informations essentielles sur ces personnes vulnérables. Il faut donc soutenir et développer des mécanismes d'information, de référence, d'échange de services, de concertation et de collaboration entre toutes les instances qui interviennent auprès de ces personnes (CQCS, 1997, p.27).

SUSCITER DES COLLABORATIONS ENTRE TOUS LES ACTEURS CONCERNÉS PAR LE VIH/SIDA ET EN ASSOUPPLIR LES MODALITÉS

Pour maximiser les résultats des diverses interventions et réaliser tous les objectifs exprimés, des liens accrus doivent se développer entre toutes les instances concernées.

Il s'agit essentiellement d'utiliser au maximum l'infrastructure sociosanitaire en place, d'intégrer divers types d'intervention auprès d'une même clientèle, d'étendre l'action au-delà des secteurs relatifs au sida et de favoriser l'échange d'expertise entre les secteurs privé et public ainsi que les secteurs de recherche et d'intervention.

Des collaborations interministérielles déjà effectives doivent se poursuivre et s'intensifier notamment avec les secteurs de l'éducation, de la sécurité publique, de l'environnement et de la faune, de l'emploi, de la condition féminine, des services aux communautés culturelles et du secrétariat aux affaires autochtones; ainsi qu'au sein même du Ministère. Bien entendu, les liens étroits de concertation seront consolidés entre le Ministère et les régions. Sur les territoires des régions, diverses formes de partenariat sont souhaitables, entre autres des tables de concertation régionale entre établissements et organismes communautaires, entre services et entre intervenants pour une meilleure complémentarité dans la prestation des services.

Enfin, au chapitre de la recherche, des rapprochements doivent se faire entre les disciplines et avec le milieu de l'intervention; de tels rapprochements sont nécessaires afin de mieux répondre à des besoins précis de connaissances et afin de diffuser davantage les résultats qui ont un

impact sur la qualité des soins et services et des interventions en prévention. Ce n'est là qu'un aperçu des liens à consolider ou à créer dans la structure administrative actuelle, sur la base d'une adhésion à un projet commun ou d'une même clientèle à desservir. Il s'agit essentiellement de faire se rencontrer les acteurs, de réunir les moyens et de mettre les actions au service de la lutte contre la maladie et des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Les différents acteurs sont donc appelés à adopter de nouvelles façons de faire (CQCS, 1997, p.29).

Peu de changements sont cependant envisageables sans qu'il y ait collaboration et concertation à plusieurs niveaux; ces deux éléments sont en effet essentiels à une meilleure sensibilisation des instances aux problèmes des personnes vulnérables, ainsi qu'à une intervention pertinente et concertée auprès de ces personnes (CQCS, 1997, p.31).

Sur le terrain, différentes interventions ont été menées dans les régions par les intervenants du réseau et des organismes communautaires. Afin de soutenir l'intervention auprès de certaines populations plus à risque face à l'infection par le VIH et difficiles à rejoindre, le ministère a octroyé des fonds supplémentaires aux régies régionales et leur a demandé d'orienter leurs subventions de prévention vers quatre populations dites prioritaires : les jeunes en difficulté, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues par injection et les femmes en situation de risque. De plus, les régions urbaines devaient rejoindre d'autres populations particulières correspondant à leur diversité sociale et culturelle (itinérants, communautés ethnoculturelles, etc.). Bien que les jeunes en milieu scolaire soient également considérés comme population prioritaire, le ministère a demandé aux régies de ne pas utiliser les fonds supplémentaires pour financer des projets de prévention dans le milieu scolaire compte tenu des ressources déjà en place (programme FPS, infirmières scolaires des CLSC, etc.) (CQCS, 1996, p.25-26).

La plupart des régions disposant d'un organisme communautaire de lutte contre le sida ont mis en place des interventions auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. En dehors des centres urbains, les efforts ont surtout tenté de développer des moyens pour rejoindre cette population, ce qui représente un plus grand défi que dans les grandes villes. Il faudra poursuivre ces efforts en renforçant les collaborations entre le réseau et le milieu communautaire (CQCS, 1996, p.30).

Les partenaires dans les efforts de prévention

Les efforts de prévention pour rejoindre des populations particulières ont exigé la mobilisation d'une variété d'organismes et d'établissements. Lors de la consultation, les régies régionales ont indiqué les partenaires les plus importants pour chacune des populations. Par exemple, il semble que les CLSC aient été des partenaires importants pour l'ensemble des populations et, en particulier, pour les jeunes en milieu scolaire et les UDI. Les organismes communautaires de lutte contre le sida se sont avérés des partenaires importants pour rejoindre les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et dans une moindre mesure, les femmes. De plus, les autres organismes communautaires sont devenus des partenaires importants pour rejoindre les jeunes en difficulté, les femmes et les UDI (CQCS, 1996, p.35).

Le graphique 3 présente la répartition des différents types d'organismes qui ont reçu des subventions dans le cadre du programme régional de subventions à la prévention pendant la période 1992-1995. L'ensemble des organismes communautaires (sida et non sida) ont été responsables de plus de la moitié des projets subventionnés. Il est intéressant de noter que les organismes communautaires non sida ainsi que les CLSC sont devenus des partenaires de plus en plus importants pendant la phase 3, alors que les directions de santé publique ont été

responsables de moins de projets. Cette évolution reflète le développement d'un partenariat plus élargi dans la mise en oeuvre des efforts de prévention (CQCS, 1996, p.36).

Enfin, le graphique 4 présente la répartition des organismes subventionnés pendant la période 1992-1995 selon le type de région. On note surtout que les instances du réseau de la santé et des services sociaux (directions de la santé publique et CLSC) ont joué un rôle plus important dans la mise en oeuvre des projets de prévention en région que dans les grands centres qui ont pu compter sur la collaboration d'un milieu communautaire relativement plus développé (CQCS, 1996, p.36).

Développer un véritable partenariat

Pour rejoindre les populations vulnérables, pour établir un continuum de programmes répondant à leurs différents besoins et pour agir sur l'environnement social, il est essentiel de renforcer le partenariat actuel entre le réseau et les organismes communautaires et développer des collaborations avec de nouveaux partenaires.

Afin d'éviter les répétitions de thèmes d'intervention, il y aurait avantage à rapprocher la prévention de l'infection par le VIH et des MTS aux problématiques connexes (par exemple, avec les secteurs de la toxicomanie, de la santé mentale, de la planification des naissances). Des plans intersectoriels, où seraient regroupés les organismes et établissements de différents eux (scolaire, sociosanitaire, communautaire) devraient être conçus. Pour ce faire, il faudra promouvoir l'importance de la prévention auprès d'autres partenaires mais également être à l'écoute des préoccupations et respecter les objectifs poursuivis par l'ensemble des partenaires.

Le défi consiste à développer un véritable partenariat entre tous les secteurs concernés et à tous les niveaux de décision, de façon à ce que les stratégies pour atteindre les objectifs soulevés par la problématique du VIH et des MTS soient en lien avec ceux d'autres problématiques de santé et de bien-être (CQCS, 1996, p.43).

Afin de développer une réelle continuité de programmes pour les populations vulnérables, le ministère doit soutenir les régies régionales pour accroître la coordination entre les intervenants des réseaux sociosanitaire et communautaire et développer le partenariat entre les intervenants oeuvrant dans la prévention de l'infection par le VIH et des MTS et des intervenants d'autres secteurs (CQCS, 1996, p.44).

Les organismes communautaires exercent un rôle et détiennent une expertise qui diffèrent de ceux des établissements du réseau. En ce sens, et plus particulièrement dans le cadre du virage ambulatoire, il est essentiel que les organismes soient réellement considérés comme des partenaires à part entière et que leur statut soit reconnu à juste titre. Le partenariat ne doit plus être ponctuel mais continu.

Le cycle de financement des organismes communautaires doit être ajusté pour leur permettre une meilleure continuité dans leurs actions.

Ainsi, le défi majeur que les différents acteurs auront à relever dans les années à venir sera de développer et de renforcer des liens proactifs et opérationnels entre eux afin de développer des actions efficaces, articulées et concertées dans le domaine du sida.

Le réseau communautaire doit être soutenu afin qu'il puisse documenter ses actions les plus efficaces. On doit aussi reconnaître que ce réseau peut proposer, ou vouloir appliquer d'autres modes d'évaluation que ceux utilisés ou valorisés dans le milieu institutionnel (CQCS, 1996, p.83-84).

De façon générale, la phase 3 a permis le développement et la consolidation de la gamme des soins et services aux personnes vivant avec le VIH et le sida. Cependant, on a constaté la nécessité d'améliorer les mécanismes de coordination entre les différents dispensateurs de soins et services afin de favoriser la continuité des soins et services (CQCS, 1996, p.110).

Enfin, compte tenu des préoccupations exprimées lors de la consultation concernant l'impact des programmes de prévention, la qualité des soins et services, de même que l'utilisation adéquate et judicieuse des ressources, il apparaît important d'inclure des mécanismes d'évaluation à l'intérieur de la phase 4 (CQCS, 1996, p.110).

Pour conclure, les défis à relever durant la phase 4 suggèrent que les orientations des phases 2 et 3 demeurent dans leurs grandes lignes. Néanmoins, à la lumière des connaissances acquises et des enjeux posés par l'ensemble de la problématique, il apparaît pertinent que la phase 4 s'inscrive davantage dans la promotion de la santé qui tient compte à la fois de l'individu de son environnement et des interactions entre un et l'autre. Les objectifs poursuivis dans le secteur du VIH et des MTS doivent s'arrimer avec ceux des autres problématiques de santé et de bien-être afin d'offrir un réel continuum de programmes pour les personnes les plus vulnérables. Ce travail exigera une meilleure coordination entre les intervenants des réseaux socio-sanitaire et communautaire ainsi que le développement de nouveaux partenariats avec les intervenants des autres secteurs concernés (CQCS, 1996, p.110).

Au rang des Priorités nationales de santé publique : 1997-2002, la lutte contre le VIH/sida a donné lieu à une Stratégie québécoise phase 4 qui définit les grandes orientations de l'action. Cette stratégie s'adresse à tous les acteurs qui ont un rôle à y jouer. C'est à ce titre que le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), unité administrative relevant de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, présente son plan d'action. Il vise ainsi à faire connaître aux différents partenaires les actions prioritaires qu'il entend mener en vue de prévenir la transmission du VIH/sida et des MTS, et d'offrir des soins et des services adaptés aux personnes vivant avec le VIH/sida (CQCS, 1998, p.7).

8.1.2 Phase 5 = 2003-2009

Le sida est une des maladies les plus dévastatrices que l'humanité ait connues. Pour combattre cette pandémie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invite les ministères de la santé à redoubler d'efforts et à créer un cadre pour des partenariats et des actions concrètes. La contribution du Québec se traduit par une stratégie qui joint à la lutte contre le sida l'action sur l'infection par le VHC et celle sur les infections transmissibles sexuellement (ITS).

Loin de tout remettre en cause avec cette nouvelle stratégie, nous voulons favoriser une meilleure cohésion des actions, une intervention plus intégrée auprès de la personne, une collaboration accrue des acteurs et une coordination plus efficace des instances pour répondre plus adéquatement aux besoins de la population et des groupes vulnérables.

Cependant, la stratégie demeure bien peu de chose sans les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, les professionnels et les intervenants. L'apport des organismes communautaires auprès des personnes atteintes et des personnes vulnérables, en partenariat avec le réseau, reste essentiel. Le moteur de la lutte contre ces infections réside dans l'expertise précieuse de ces acteurs, leur énergie, leur engagement et leur compassion. Nous le reconnaissons. Si un cadre d'action est proposé et si des moyens sont offerts, ce sont les acteurs qui sont plus à même d'ajuster les services à la diversité des situations et de choisir les moyens les plus adéquats pour les donner (MSSS, 2004, p. 3).

Le Programme national de santé publique définit les activités à mettre en œuvre par le réseau de la santé et des services sociaux en matière de prévention. C'est un outil indispensable pour harmoniser et renforcer les actions de santé publique. Dans ce cadre, la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS apporte une vision d'ensemble du domaine, incluant le volet des soins et des services.

Loin de tout remettre en cause avec cette nouvelle stratégie, nous voulons favoriser une meilleure cohésion des actions, une intervention plus intégrée auprès de la personne, une collaboration accrue des acteurs et une coordination plus efficace des instances pour répondre plus adéquatement aux besoins de la population et des groupes vulnérables.

Cependant, la stratégie demeure bien peu de chose sans les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, les professionnels et les intervenants. L'apport des organismes communautaires auprès des personnes atteintes et des personnes vulnérables, en partenariat avec le réseau, reste essentiel. Le moteur de la lutte contre ces infections réside dans l'expertise précieuse de ces acteurs, leur énergie, leur engagement et leur compassion. Nous le reconnaissons. Si un cadre d'action est proposé et si des moyens sont offerts, ce sont les acteurs qui sont plus à même d'ajuster les services à la diversité des situations et de choisir les moyens les plus adéquats pour les donner (MSSS, 2004, p. 3).

Cette stratégie s'adresse aux gestionnaires, aux professionnels et aux intervenants, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des organismes communautaires, ainsi qu'aux différents partenaires en cause et à toute personne intéressée par ces problèmes. Plus que tout, elle se veut un outil de mobilisation pour le réseau de la santé et des services sociaux, pour les organismes communautaires et pour la population, afin que l'action soit mieux coordonnée en fonction des besoins de la population, que les partenaires soient sensibilisés à la gravité des problèmes et qu'il y ait d'autres acteurs et d'autres interventions pour faire des pas de plus (MSSS, 2004, p. 5).

Il appartient aux acteurs locaux et régionaux du réseau et aux acteurs communautaires d'adapter les activités préconisées en fonction des besoins de leur population.

Les plans d'action locaux (PAL) de santé publique et les plans d'action régionaux (PAR) de santé publique devraient refléter cette situation (MSSS, 2004, p. 30).

Des collaborations de toutes sortes ont été établies avec d'autres secteurs, d'autres directions ou d'autres paliers du réseau de la santé et des services sociaux. On peut en mentionner quelques-unes particulièrement névralgiques : le travail de concertation au niveau régional avec les intervenants en toxicomanie, avec le milieu scolaire et avec des centres de détention ainsi que le travail de concertation au niveau national avec le ministère de la Sécurité publique, avec le ministère de l'Éducation du Québec, avec la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), avec l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) et avec la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador. Il s'agissait notamment d'entente de partenariat, d'accessibilité de services ou d'activités conjointes. Si, dans l'ensemble, le travail a eu des retombées positives, la concertation demeure fragile et doit sans cesse être ravivée (MSSS, 2004, p. 40).

Au plan national, le Ministère voit à l'élaboration des orientations en matière de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS, sur la base de la lecture d'ensemble des problèmes, tout en considérant que les réalités régionales sont parfois différentes. Afin de faciliter la mise en œuvre des orientations, le Ministère informe et

sensibilise les acteurs et les partenaires nationaux et régionaux en cause sur la portée du PNSP et de la présente stratégie; notamment, il participe aux tables de concertation et consulte les membres. Il travaille aussi sur les conditions nécessaires dans l'environnement national à la mise en œuvre de ces orientations : il peut s'agir de mobiliser les acteurs et les partenaires autour d'un même projet, de défendre ou de promouvoir un dossier auprès d'un autre ministère ou d'une autre direction, d'organiser des campagnes nationales de prévention, de mettre à jour des protocoles d'intervention et de voir au développement des compétences. De plus, il soutient les régions dans la traduction opérationnelle de ces orientations, comme la création d'outils. Enfin, il s'assure que les stratégies, les approches et les interventions soient évaluées et voit à la reddition de comptes (MSSS, 2004, p. 46).

L'adaptation des pratiques et des services aux besoins des groupes et des personnes plus vulnérables, ce qui implique de favoriser : a) la diversification des lieux et des modalités de dispensation des soins et des services (aller là où les personnes se trouvent, assouplir les règles de prestation des services) ; b) l'adoption d'approches intégrées qui permettent de prendre en compte les multiples conditions de vulnérabilité ; c) le développement de nouvelles formes de collaborations entre les différentes instances décisionnelles concernées, les établissements du réseau et les organismes communautaires (INSPQ, 2002, p.3-4).

La capacité de fournir une réponse adaptée aux besoins des nouvelles clientèles dites multiproblématiques et plus marginales semble donc liée au développement de nouvelles formes de collaborations entre les réseaux public (dans ce cas-ci, principalement les directions de santé publique) et communautaire. Les enjeux sous-jacents sont de deux types : 1) l'harmonisation de philosophies et de stratégies d'intervention qui se sont par ailleurs développées en opposition l'une à l'autre (l'approche communautaire en opposition à l'approche médicale) et qui s'appuient sur des paradigmes différents (Mayer *et al.*, 1998); 2) la négociation d'une nouvelle forme de relation plus égalitaire et le départage des responsabilités, dans laquelle le secteur public accepte de céder une partie de ses pouvoirs et le secteur communautaire de réduire sa marge d'autonomie. Les résultats d'autres travaux suggèrent que la négociation de ces nouveaux rapports entre des «champs» disposant de pouvoirs inégaux (dans ce cas-ci le médical et le communautaire) ne peut reposer strictement sur le volontariat ou la bonne volonté des individus mais doit être orientée et soutenue par une stratégie, des incitatifs, et des outils de gestion (INSPQ, 2002, p.31).

8.2 RÉGIONAL

Or, suite à la révision des modalités de distribution des crédits réservés au Programme de subvention des projets de prévention du VIH et des autres MTS, gérés par la DSP, des sommes récurrentes destinées à supporter l'intervention, sont consenties aux Organismes qui interviennent spécifiquement auprès des sous-groupes les plus vulnérables à l'infection.

Ainsi, seuls les organismes qui ont une mission spécifiquement reliée à la prévention primaire du VIH/sida et qui sont reconnus et financés par la DSP pour leurs activités, peuvent s'attendre à recevoir un complément de financement pour leur infrastructure selon les disponibilités financières du programme (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p.14).

CRITÈRES D'APPRÉCIATION DES DEMANDES DE SUBVENTION

L'analyse des demandes d'aide financière tiendra compte de différents facteurs. D'abord, tous les critères d'analyse déjà élaborés dans le Programme de soutien aux organismes communautaire émis par le MSSS doivent être respectés. Ensuite, s'ajouteront des critères régionaux en fonction des besoins spécifiques, des priorités émises par la Régie régionale de

Montréal-Centre et des crédits disponibles. En bref, le choix d'accorder un financement à un organisme de cette catégorie doit tenir compte de :

- la capacité de l'organisme de rejoindre les clientèles visées ;
- la capacité de l'organisme à rendre les services aux clientèles visées ;
- la conformité des services offerts à la mission de l'organisme et aux priorités régionales ;
- le niveau de priorité de la clientèle rejointe par les services offerts ;
- la portée et le niveau de performance des services offerts ;
- la complémentarité des services offerts ;
- la capacité à favoriser un maintien dans les milieux de vie et à l'autonomie des clientèles visées (RRSSS de Montréal-centre, 2000c, p.17-18).

OBJECTIFS DE LA RÉVISION DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- Proposer une organisation des services communautaires en arrimage avec l'ensemble des services offerts dans le continuum prévention et soins et services de santé et i/ services sociaux qui tient compte de l'action des différents dispensateurs de services ;
- Accorder la priorité de financement aux organismes qui offrent des services qui répondent aux besoins des personnes dans l'optique d'un continuum des services préventifs en soins et services de santé et services sociaux ;
- Revoir et adapter le cadre de référence pour le financement des organismes communautaires inscrits dans la catégorie u Soc sida » afin d'assurer un « rééquilibrage » des fonds alloués en fonction des besoins des clientèles ciblées (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.4).

Quant aux organismes spécifiquement voués à des services de prévention auprès des clientèles plus vulnérables, ils sont au nombre de 3. Tous ces organismes sont reconnus efficaces pour leurs interventions par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Leurs activités permettent de rejoindre, dans leur milieu, les personnes provenant de sous-groupes reconnus à haut risque d'infection (hommes gais, personnes toxicomanes, usagers de drogues injectables (UDI) et itinérantes, personnes travailleuses du sexe). Leurs interventions se situent spécifiquement en prévention primaire, c'est-à-dire auprès des personnes non atteintes mais considérées à haut risque d'infection dû à leur comportement sexuel ou de consommation (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.17).

RÉSULTATS DE LA TOURNÉE AUPRÈS DES ORGANISMES DE SOUTIEN ET DE PRÉVENTION Les organismes engagés dans la prévention

Ces trois organismes Cactus, Séro-Zéro, Stella desservent chacun une clientèle particulière. Le premier s'occupe plus spécifiquement des personnes toxicomanes actives, utilisatrices de drogues par injection (UDI), le second des hommes gais et le troisième des femmes travailleuses du sexe.

La gamme de services qu'ils rendent à ces populations est étendue allant de la distribution de matériel de protection (échange de seringues, condoms) au soutien individuel ou de groupe, au centre de jour, en passant par la défense des droits, l'accompagnement psychosocial et la distribution d'information. Tous ont un point en commun, ils interviennent dans les milieux de

vie des personnes. Ils les encouragent à développer et à maintenir des habiletés et des comportements sécuritaires.

Des centaines de personnes bénéficient quotidiennement des services offerts par ces organismes tandis que de centaines d'autres en bénéficient sur une base ponctuelle. Dans l'ensemble, ils sont considérés comme très efficaces et très efficaces selon les critères d'appréciation utilisés, puisqu'ils rejoignent un très grand nombre de personnes provenant de sous-groupes plus vulnérables, que leurs interventions sont considérées efficaces et prioritaires dans la modification de comportements sécuritaires et que le coût de leurs interventions est souvent très avantageux. Enfin, la codification spécifique quant à l'appréciation des interventions n'a pas été nécessaire puisque ces organismes ont déjà fait l'objet d'analyse dans le cadre de la révision du Plan d'action régionale de prévention du VIH réalisé en 1998 par la Direction de la santé publique et ont été reconnus comme des partenaires prioritaires. Cependant, ces organismes reçoivent peu ou pas de financement pour supporter leur structure. Une consolidation est donc à prévoir pour ces organismes (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.18).

Principaux constats en lien avec les organismes de prévention

- 1) Sous-financement de l'infrastructure de ces organismes qui interviennent auprès des personnes vulnérables à l'infection.
- 2) Les organismes rencontrés sont reconnus par la DSP pour l'efficacité de leur intervention auprès de la clientèle particulièrement vulnérable à l'infection.
- 3) Très bonne capacité à rejoindre les clientèles dans leur milieu de vie (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.24).

Recommandations:

Les crédits accordés par le Programme de soutien aux organismes communautaires de la catégorie sida, doivent dans un premier temps être accordés aux organismes qui interviennent principalement auprès des personnes provenant de sous-groupes particulièrement à risque d'être infectés. L'objectif est d'assurer à ces organismes une stabilité financière. Dans un deuxième temps, ils doivent venir supporter les organismes de soutien et d'hébergement qui interviennent directement auprès des personnes atteintes. Ces organismes doivent viser l'autonomie des personnes et la stabilisation de leur état de santé. Toutefois, il importe de ne pas exiger qu'ils répondent à "tous" les besoins de toutes les Gentetés une fois que les problèmes reliés au sida sont sous contrôle (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.25).

7.3 RECOMMANDATIONS EN REGARD AVEC LES SERVICES PRÉVENTIFS

- 1) Développer un cadre de référence pour le financement des organismes de prévention en fonction des priorités du Plan régional de prévention du VIH et des autres MTS, de la capacité d'accueil, de la nature des services offerts, de la disponibilité financière du programme de subvention et des barèmes émis par le MSSS dans le programme général de soutien aux organismes communautaires.
- 2) Optimiser le financement des organismes de prévention qui sont reconnus par la DSP pour leurs activités destinées aux sous-groupes spécifiquement vulnérables à l'infection. À cet effet, seuls les organismes qui reçoivent déjà un financement dans le cadre de l'Option « A » du Programme de subvention de la Santé publique pourront être reconnus pour des fins de financement (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, p.28).

CRITÈRES D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE

EFFICIENCE

. La complémentarité des services offerts : En lien avec les autres services déjà offerts par les différents partenaires du réseau spécifique «sida » et non spécifique.

. La capacité à favoriser un maintien dans les milieux de vie des personnes : Pour que les personnes atteintes de la maladie puissent recevoir les soins et les services nécessaires à domicile ou dans leur milieu de vie. Favorise l'autonomie des personnes.

. La capacité à favoriser la prise en charge : Que ce soit au niveau des personnes affectées ou non par la maladie ou encore des organismes présents dans le milieu en ce qui a trait aux activités de prévention et de promotion à la santé.

. L'importance accordée à l'action bénévole : En lien avec la capacité de développer et supporter un réseau de bénévole.

. Coûts relatifs : Que ce soit en lien avec les coûts directs ou indirects des interventions ou des services rendus ou à rendre.

. Mandat financier : À savoir, dans quelle mesure les organismes qui reçoivent des montants via le programme SOC pour des services spécifiques relève de la responsabilité des organismes communautaires.

. Le niveau de priorité de la clientèle rejointe par les services : En lien avec les clientèles les plus affectées par l'infection ou la maladie.

. Le niveau de performance des services offerts: La performance fait référence à l'accessibilité des services offerts (capacité de rejoindre les clientèles prioritaires et à développer des services adaptés).

. Faisabilité des services ou des activités offertes : Fait référence à l'acceptabilité des services ou des activités par la clientèle ciblée et à la disponibilité et l'organisation des ressources nécessaires pour la réalisation des interventions ou l'offre des dits services.

. Conformité des services ou des activités : Soit sa pertinence à regard des rôles et mandat de l'organisme, des besoins prioritaires et des orientations régionales et nationales.

. La portée des services ou des activités : Fait référence au nombre de personne rejointe et au potentiel de prise en charge par les clientèles ou des agents multiplicateurs.

. Le caractère préventif des activités de prévention: La réalisation des interventions de prévention en amont plutôt qu'en aval, sa capacité à favoriser le maintien des comportements sécuritaires (RRSSS de Montréal-centre, 2000b, annexe 2).

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

- Développer des mécanismes qui permettent d'intégrer et d'harmoniser les procédures d'allocation des fonds en provenance des programmes de soutien aux organismes communautaires et de la direction de la santé publique ;
- Rehausser le budget destiné à des services et activités de prévention, par le biais de la:
- Réallocation provenant d'autres programmes sida, par du cofinancement ou par du développement ;
- Développer des mécanismes de consolidation du financement accordé aux organismes communautaires reconnus pour leurs activités de prévention ;

- Identifier les sources de financement possible pour supporter les frais dans l'achat de matériel de protection ;
- Développer des activités qui permettent la promotion de l'approche en réduction des méfaits à l'ensemble du réseau communautaire et institutionnel sida et non-sida (RRSSS de Montréal-centre, 1999, p.13-14).

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

FAITS SAILLANTS : SERVICES DE SOUTIEN

- Nouvelles clientèles à desservir ;
- Méconnaissance des besoins des personnes qui ont retrouvé leur autonomie et questionnement à faire sur la pertinence que ces personnes utilisent certains génériques (ex. services psychosociaux des CLSC) ;
- Nécessité de connaître les besoins de formation des intervenants dans l'intervention auprès des personnes multiproblématiques ;
- Duplication dans certaines activités réalisées par les organismes communautaires. Il faut donc revoir la pertinence de maintenir le financement de certains organismes ;
- Performance peu démontrée chez certains organismes (peu de clients desservis) Absence de balises dans le financement des organismes ;
- Questionnement à faire sur la représentation de certains conseils d'administration, certains organismes semblent avoir une participation restreinte des usagers ;
- Manque de coordination dans les décisions en lien avec le financement entre le programme de subvention de la santé publique et celui du soutien aux organismes communautaires notamment à l'égard des organismes voués à des activités de prévention ;
- Certains organismes sont sous-financés par rapport à la quantité et la pertinence des services offerts (RRSSS de Montréal-centre, 1999, p.16).

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

Objectifs généraux du programme de soutien aux organismes communautaires:

- Proposer une organisation des services communautaires en arrimage avec l'ensemble des services offerts dans le continuum prévention et soins et services de santé et services sociaux qui tient compte de l'action des différents dispensateurs de services ;
 - Accorder la priorité de financement aux organismes qui offrent des services qui répondent aux besoins des personnes dans l'optique d'un continuum des services préventifs en soins et services de santé et services sociaux ;
1. Revoir et adapter le cadre de référence pour le financement des organismes communautaires inscrits dans la catégorie « SOC-Sida » afin d'assurer un rééquilibrage des fonds alloués en fonction des besoins des clientèles ciblées (RRSSS de Montréal-centre, 1999, p.16-17).

PLAN RÉGIONAL D'AMÉLIORATION DES SERVICES EN VIH-SIDA

- Déterminer les services prioritaires pour lesquels la poursuite du financement est nécessaire au sein du SOC sida et planifier la cessation des subventions aux organismes dont les activités ne sont pas reconnues prioritaires ;

- Déterminer l'organisation des services qui doivent être mis de l'avant dans le soutien aux personnes atteintes qui ont de multiples problèmes autres que le VIH/sida (toxicomanie, itinérance, problèmes de santé mentale, etc) ;
- Réviser le cadre de financement des organismes de soutien et consolider le financement des organismes de prévention qui s'inscrivent dans les priorités d'action de la direction de la santé publique de Montréal-Centre ;
- Unifier les procédures d'allocation et de gestion des programmes de subvention de la santé publique et du soutien aux organismes communautaires pour les organismes de prévention;
- Évaluer les besoins de formation aux organismes en fonction des mandats qui leur sont alloués et des nouvelles clientèles desservies (RRSSS de Montréal-centre, 1999, p.18).

La Régie régionale de Montréal-Centre, plus spécifiquement la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP), s'est engagée avec le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) à gérer les fonds alloués à la prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal. Ces fonds doivent être utilisés en conformité avec les orientations de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida de la phase 4, définies par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, et de celles du Plan d'action régional en matière de VIH/sida et autres MTS pour la région de Montréal-Centre.

Depuis 1995-1996, la DSP intègre progressivement ce programme de subventions au Plan d'action régional. La gestion de ce programme est conçue de manière à intégrer étroitement les organismes communautaires et les intervenants institutionnels du milieu et à favoriser la coopération et la concertation entre tous les acteurs impliqués dans la prévention des MTS/VIH à Montréal-Centre. Déjà, ce partenariat s'actualise par un soutien continu aux organismes sous forme de groupes de travail, d'ateliers de formation, de consultations individuelles et de visites de sites. Ce support permet d'élaborer des stratégies communes et d'ajuster les interventions au fur et à mesure qu'elles se déroulent afin d'obtenir les résultats souhaités.

De plus, dans le souci d'assurer la continuité des actions jugées efficaces et nécessaires, pour lutter contre l'épidémie du VIH, ainsi que la consolidation des compétences et expertises développées dans le milieu (surtout communautaire), nous continuons de croire qu'un financement continu des actions prioritaires est indispensable pour l'atteinte de nos objectifs. À ce chapitre, le Programme de prévention du VIH/sida et autres MTS permet aux organismes, qui répondent aux exigences d'admissibilité, d'obtenir un financement continu (au-delà d'une année) pour leurs activités courantes. Cette façon permettra aux partenaires-clés de développer, en collaboration avec les professionnels de la santé publique, une programmation plus complète intégrant, par moment les problématiques connexes au VIH, (pauvreté, toxicomanie, MTS, hépatites, itinérance, etc.) qui répondra davantage aux besoins des populations à desservir tout en assurant la continuité des interventions.

Par ailleurs, il demeurera possible, dans le cadre de ce programme de subvention, de présenter des demandes de financement pour des projets de nature ponctuelle. Ces demandes seront subventionnées selon la qualité du projet, le niveau de priorité de la demande quant aux besoins à combler et la disponibilité des fonds. Quel que soit le type de financement demandé, il demeure conditionnel à la continuité du programme de subvention et au respect des exigences émises par le Comité d'évaluation externe et par la DSP quant au mandat confié à l'organisme.

Enfin, toutes les demandes devront concorder avec les priorités d'action régionales (voir aux pages 5 à 10). Ces priorités découlent d'une analyse stratégique de la situation à Montréal qui

a permis d'identifier les clientèles à haut risque, les secteurs géographiques où les ressources ou services sont insuffisants par rapport aux besoins actuels et projetés, et les moyens privilégiés d'intervention (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.1-2).

Orientation du programme: consolider les interventions répondants aux normes d'efficacité et aux priorités du programme régional de la santé publique.

- L'importance de soutenir les interventions efficaces et d'assurer la consolidation des expertises existantes;
- Les interventions financées doivent s'intégrer dans les priorités d'action du Plan d'action régional, en matière de VIH/sida et autres MTS pour la région de Montréal-Centre et être réalisées dans une perspective de complémentarité et de concertation entre les partenaires;
- La gestion des fonds du programme s'effectuera sur une base quinquennale, ce qui limite le nombre d'appel d'offres et permet un financement des interventions qui peuvent durer plus d'un an (Option B) et assure un financement continu pour les interventions / services courants en matière de prévention du VIH (Option A)
- Des appels d'offres limités et ciblés seront privilégiés et viseront à élaborer des interventions ou assurer des services nécessaires à un groupe particulier ou dans un secteur géographique bien défini (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.3-4).

La DSP souhaite que les interventions financées par ce programme de subvention supportent la réalisation de certains objectifs du Plan d'action régional en matière de VIH/sida et autres MTS pour la région de Montréal-Centre, soit :

. encourager le développement de liens de partenariat entre les différents dispensateurs de services pour contribuer au rapprochement des efforts de prévention à l'ensemble des autres services de santé et services sociaux afin de développer un continuum de services de qualités, adaptés et accessibles aux populations les plus vulnérables ;

. assurer la mise sur pied de mécanismes qui permettent le suivi et l'évaluation des activités financées . Enfin, la DSP désire maintenir, optimiser et développer des services préventifs efficaces et nécessaires au contrôle de l'évolution de l'épidémie dans certains sous-groupes de la population. Elle veut également encourager le développement d'actions concertées et complémentaires dans une perspective d'approche globale à l'égard des populations ciblées et de partenariat entre les divers dispensateurs de services et intervenants travaillant à la prévention du VIH. Les requérants devront donc s'assurer d'établir des liens de collaboration spécifiques et fonctionnels avec les acteurs communautaires ou institutionnels susceptibles de contribuer au développement et à la réalisation des interventions. En l'occurrence, les requérants devront démontrer la pertinence et la spécificité des services ou interventions proposés en regard des ressources déjà existantes et préciser en quoi ceux-ci viennent compléter la gamme de services ou d'interventions déjà offerts (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.4-5).

4.1 Le partenariat

Encore une fois, nous demandons aux requérants de concerter les différents partenaires impliqués dans la problématique qu'ils auront choisi de développer ou avec ceux qui interviennent auprès de la même clientèle et cela, autant au niveau communautaire qu'institutionnel. Les requérants devront initier et renforcer les liens de collaboration avec tous les associés susceptibles de contribuer au développement et à la réalisation de leur projet. Ce partenariat devra également assurer la continuité à long terme des initiatives entreprises dans le cadre du projet. Enfin, des lettres d'appui ou d'intention seront nécessaires et devront être

claires et explicites sur le type et le niveau de collaboration en termes de ressources financières, matérielles, humaines, de services, etc.(RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.6).

Le développement de l'évaluation de l'intervention

Les requérants devront produire des données permettant d'évaluer ou de « monitorer » l'implantation de leur projet et les résultats obtenus. À cet effet, ils devront inclure dans leur soumission les questions et les méthodes d'évaluation choisies. Les aspects quantitatif et qualitatif doivent être pris en compte. Enfin, lors de la rédaction des bilans des activités, les requérants devront inclure les résultats obtenus de leurs interventions en y ajoutant des informations sur les caractéristiques des lieux et des contextes où s'est déroulé le projet et celles décrivant les personnes rejointes. Les activités ou services rendus et les ressources utilisées devront être décrits. Les partenariats devront être décrits en spécifiant la contribution de chacun dans la réalisation du projet. Enfin, les conditions favorisant la mise en oeuvre du projet et celles qui nuisent à son déroulement devront être aussi explicites.

Pour faciliter la rédaction des bilans des activités les organismes qui seront financés dans le cadre de ce programme de subvention, recevront un « guide de rédaction des rapports d'activités (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.6).

Seuls les établissements et organismes du réseau publique de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires qui ont des activités de lutte et de prévention de la transmission du VIH et autres MTS et qui sont incorporés en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies du Québec sont éligibles au programme de subvention. Tous ces organismes devront avoir acquitté leurs obligations antérieures envers la Régie régionale, s'il y a lieu (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.10).

5.1 Interventions préventives éligibles au programme

Quant à la nature des interventions qui peuvent être admissibles à un financement via ce programme de subvention, elle dépend de l'option choisie. L'Option A financera principalement des activités continues qui s'intègrent dans la chaîne des services de santé et des services sociaux et qui s'apparentent à des services préventifs spécifiquement en prévention du VIH. Quant à l'Option B financera des projets individuels: projets intégrés, projets multi-organismes ou des projets de démonstration /d'expérimentation qui ont un début et une fin précise. Enfin, dans les deux cas, seuls les activités ou services en lien avec les priorités d'action en matière de prévention seront retenus pour des fins d'admissibilité (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.11).

6.1 DESCRIPTION ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DE L'OPTION A Cette catégorie de financement :

- 1) s'adresse uniquement aux organismes bénévoles, sans but lucratif, et non gouvernementaux;
- 2) qui ont un mandat spécifique de prévention du VIH, ou qui sont actuellement reconnus par la Régie régionale pour leur engagement majeur en prévention du VIH, et est destinée à soutenir les activités / services courants offerts aux populations visées;
- 3) ces activités ou services doivent être offerts de façon continue et s'intégrer à la chaîne des services de santé et services sociaux et;
- 4) destinés à des personnes qui font partie des sous-groupes reconnus à haut risque d'infection au VIH. En l'occurrence, le programme ne peut pas assumer les coûts associés aux activités qui

font partie des mandats institutionnels d'organismes publics et parapublics n'y d'activités qui sont livrés par des professionnels autonomes.

Avant de faire une demande de financement dans le cadre de cette Option, il est recommandé aux organismes de communiquer avec la personne responsable de la gestion du programme afin de valider l'éligibilité à l'Option A (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.13).

TYPE DE FINANCEMENT, DÉPENSES ADMISSIBLES ET MODALITÉS ADMINISTRATIVES

Le financement est pour une période maximum de deux ans et est conditionnel:

- 1) au respect des exigences du programme;
- 2) à la stabilité financière et organisationnelle de l'organisme requérant et;
- 3) à la disponibilité des fonds au programme.

Malgré cette option de financement continu, une révision annuelle des activités/services rendus et des budgets nécessaires à leur réalisation seront revus et ajustés en fonction des besoins à combler et de la disponibilité des fonds. Enfin, les organismes qui recevront des montants provenant de cette option, devront travailler en étroite collaboration avec l'équipe responsable de la prévention/promotion et du contrôle du VIE de la Direction de la santé publique (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.13-14).

Dépenses admissibles

Seules les dépenses directement reliées aux activités / services offerts à la population ciblée sont admissibles. Ces dépenses sont en lien avec le salaire des intervenants dont l'intervention est spécifiquement reliée à des activités de prévention du VIH reconnue. La description des différents postes doit être incluse dans la demande de financement et doit comprendre une description détaillée des activités qui s'y rattachent. Le salaire du personnel administratif n'est pas admissible. Quant aux autres frais reliés directement à l'intervention, tels les déplacements, le matériel pour la réalisation des activités, ils devront être justifié au moment de la demande. Enfin, le requérant devra démontré sa capacité à assumer les dépenses reliés aux opérations courantes de l'organisme lors de sa demande et présenter les sources de revenus et les dépenses courantes annuelles. Les états financiers vérifiés de la dernière année feront foi. Cependant, un montant forfaitaire maximal de 3 % de la subvention totale pourrait être alloué pour les frais reliés aux dépenses générales d'opération de l'organisme sous justification au moment de la demande. Ce montant forfaitaire dépendra de l'évaluation globale de la situation de l'organisme, des besoins et de la disponibilité des ressources (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.14).

Modalités administratives

Les organismes qui recevront du financement dans le cadre de ce programme et de l'Option A, devront soumettre des rapports d'étapes tous les six mois (incluant les dépenses engagées pour la période couverte) et à la fin de chaque année financière. Un bilan final des activités et des états financiers devront être entérinés par le conseil d'administration.

Enfin, des visites de sites seront réalisées par les responsables de l'administration du programme à des intervalles réguliers. Ces visites visent à évaluer la progression des interventions par rapport aux buts et objectifs fixés. Cependant, ces personnes demeurent disponible en tout temps pour supporter le déroulement général (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.14).

PROCESSUS D'ÉVALUATION DES DEMANDES

Les demandes reçues seront examinées d'abord pour assurer qu'elles sont complètes et admissibles au programme et à l'Option A. Les demandes conformes aux exigences de cette option seront traitées par un comité interne. Par la suite une décision sera rendue aux requérants quant à l'acceptation ou le refus de la demande. Après acceptation de la demande, les responsables de l'organisme - requérant devront rencontrer les responsables du programme pour discuter des modalités administratives et des spécificités quant à l'intervention ou les services à rendre. Par la suite, l'organisme - requérant viendra présenter à l'équipe de gestion du Module de prévention et de contrôle des MTS et du VIH (MPC-MTS/sida) de la Direction de la santé publique de la Régie régionale son plan d'action incluant les objectifs visés, les stratégies utilisées, les populations à rejoindre et les résultats attendus. Cette rencontre de nature informelle permettra un échange constructif entre les parties et favorisera l'atteinte des objectifs de prévention du Plan d'action régionale en matière de VIH et des autres MTS de Montréal-Centre.

Autres critères spécifiques d'évaluation des demandes

Pour les requérants qui soumettent une demande et qui sont actuellement financés dans le cadre de ce programme de subvention :

- la concordance des services/interventions offerts et stratégies utilisées avec les priorités régionales en matière de prévention du VIH;
- capacité à réaliser les activités telles que prévues dans le contrat initial tout en respectant les stratégies d'intervention privilégiées et les recommandations faites lors des évaluations antérieures;
- capacité de rejoindre les clientèles ciblées et d'identifier leurs besoins;
- capacité à mettre en place et à maintenir des mécanismes de concertation et de partenariat efficace avec les organismes qui peuvent avoir une influence favorable sur l'efficacité des interventions et l'atteinte des objectifs visés;
- capacité de l'organisme à intégrer les services ou interventions rendus aux autres services offerts par le réseau de la santé et de services sociaux;
- capacité d'autocritique sur les interventions et leur efficacité. Mécanisme continu de y monitoring et d'évaluation des interventions;
- compétence en regard de l'administration des fonds reçus; respect du budget alloué, acceptabilité des dépenses, utilisation adéquate des ressources humaines et matérielles, réalisme du budget, stabilité organisationnelle et financière de l'organisme.

Pour les requérants qui soumettent une demande pour la première fois, s'ajoutent les critères suivants:

- la démonstration du besoin, de la pertinence et de la spécificité des services à rendre aux populations ciblées, dans le milieu d'intervention choisi et en tenant compte des ressources déjà existantes;
- la faisabilité des services proposés compte tenu de l'expérience et de la compétence du requérant dans les domaines d'intervention choisis et leur capacité de rejoindre les populations ciblées;
- le développement de mécanisme de monitoring et d'évaluation des services/interventions;

- le réalisme du budget demandé et des ressources déployées ainsi que la viabilité financière et la stabilité organisationnelle de l'organisme en tenant compte de l'ensemble des revenus de l'organisme (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.15-16).

7.1 DESCRIPTION ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DE L'OPTION B

Cette catégorie de financement est destinée à soutenir des activités ponctuelles bien définies dans le temps qui visent à répondre à des besoins spécifiques des populations visées ou des activités continues. Cependant, ces activités ne doivent pas faire partie des opérations ou des activités régulières de l'organisme mais plutôt des activités qui viennent compléter la programmation générale de l'organisme.

Seront favorisés les projets qui visent à :

- améliorer les interventions spécifiques de prévention du VIH déjà existantes tout en intégrant les problématiques connexes au VIH à l'intervention;
- développer des initiatives qui favorisent la collaboration entre différents organismes dans l'optique d'un continuum de service;
- actualiser des activités préventives qui s'intègrent dans la chaîne de services de santé et des services sociaux ou qui favorisent l'accès à ses services;
- créer de nouveaux partenariats;
- développer de nouvelles initiatives en matière de prévention du VIH auprès des populations prioritaires;
- développer ou bonifier une approche de réduction des méfaits dans leur organisme;
- rejoindre les populations prioritaires (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.17).

7.2 TYPES DE PROJETS ADMISSIBLES

Projets spécifiques Projets ponctuels, limités dans le temps, présentés par un seul requérant.

Projets continus Projets déjà financés qui s'intègrent dans la chaîne des services de santé et des services sociaux qui visent les populations prioritaires.

Projets intégrés Ensemble de projets qui s'apparente à un programme avec une approche plus globale et qui s'adresse à une population particulière ou dans un secteur géographique spécifique.

Projets multi-organismes Projets qui impliquent plusieurs organismes et qui s'adressent, de façon intégrée, à une population particulière ou dans une région géographique bien définie. Dans ce cas, l'imputabilité opérationnelle du projet est partagée par tous les partenaires associés mais un seul organisme sera répondant pour l'aspect administratif.

Projets pilotes ou de démonstration Cette catégorie consiste à accueillir de nouvelles initiatives en prévention du VIH. Ces projets devront démontrer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de ces mesures novatrices particulières et doivent s'arrimer avec les orientations et les interventions prioritaires dans le plan régional VIH et autres MTS dans la région de Montréal-Centre.

Chaque projet ou programme présenté doit tenir compte des orientations et des priorités d'intervention développées dans le cadre du plan régional en matière de VIE et autres MTS dans oC. la région de Montréal-Centre (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.17-18).

Critères d'évaluation des projets

Les projets seront évalués non seulement quant à leur qualité intrinsèque mais aussi en fonction de leur concordance avec les objectifs du plan d'action régional et de leur complémentarité avec les autres projets et services déjà en place. Les projets seront aussi considérés dans une perspective de continuité des interventions et du développement des expertises. Plus spécifiquement, les critères utilisés dans l'évaluation des projets incluront les paramètres suivants:

- la concordance des objectifs du projet en relation avec les orientations développées par la Régie régionale;
- la clarté, la cohérence et la précision des objectifs poursuivis en regard des problèmes identifiés;
- la justification des objectifs spécifiques du projet (par exemple, fournir des seringues) en regard des buts poursuivis (par exemple, réduire le partage des seringues souillées), en se fondant sur des modèles explicatifs reconnus;
- la démonstration du besoin, de la pertinence et de la spécificité du projet dans le milieu d'intervention choisi, en tenant compte des ressources déjà existantes;
- la faisabilité de l'intervention proposée compte tenu de l'expérience et de la compétence des requérants dans les domaines d'intervention choisis et leur capacité de rejoindre les populations ciblées;
- les stratégies d'intervention efficaces et concordantes avec les stratégies d'intervention privilégiées;
- l'acceptabilité de l'intervention par les clientèles visées et par le milieu d'accueil;
- la collaboration bien définie et assurée avec les groupes et organismes impliqués-démonstration d'un réel partenariat;
- le développement de mécanisme d'évaluation de l'intervention;
- la pertinence des moyens choisis pour assurer la continuité et la prise en charge des activités du projet au-delà de la subvention;
- le réalisme du budget et des ressources déployées ainsi que la viabilité financière de l'organisme en tenant compte des revenus de l'organisme et de sa capacité d'autofinancement et de prise en charge du projet au-delà de la subvention (RRSSS de Montréal-centre, 2000a, p.20-21).

À l'échelle régionale, la couverture des efforts de prévention et de promotion n'est pas satisfaisante. Les projets se sont développés sans réelle concertation à l'intérieur même de l'organisation de santé publique. Malgré tout, les projets actuels ont une certaine complémentarité qui n'a pas été suffisamment exploitée (Morissette, C., 1994a, p.2).

Collaborateurs et types de collaborations

Plusieurs collaborateurs sont impliqués de loin ou de près dans chacun des projets. Certaines de ces collaborations sont informelles et ont surtout une valeur d'échange d'information. Il semble qu'à l'échelle régionale, plusieurs partenaires devraient être identifiés et impliqués plus activement dans le dossier. Il serait pertinent de former une table multisectorielle à l'échelle régionale dont le membership devrait être représentatif des divers partenaires, des diverses clientèles et qui devrait stimuler un engagement (ressources, échange de services) concret en

vue de l'atteinte d'un objectif commun. Les collaborateurs devraient inclure le milieu communautaire, les établissements à vocation psycho-sociale et médicale. Les liens devraient être également assurés avec les structures qui offrent des services aux toxicomanes atteints et leur famille (Morissette, C., 1994a, p.4).

Mettre l'emphase sur l'action communautaire afin de favoriser la concertation et l'engagement de partenaires impliqués dans la prévention des MTS et du sida auprès de cette clientèle (Morissette, C., 1994b, p.16).

Diverses activités ont été réalisées en vue d'assurer le fonctionnement opérationnel du projet. Un local stratégiquement situé dans le milieu d'intervention a été repéré, loué et aménagé de manière à faciliter le travail de rue et à favoriser l'enracinement du projet dans le milieu. Du matériel promotionnel (cartes d'affaire, logo) a aussi été conçu pour fin d'identification et de diffusion du projet (DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, p.5).

Le bilan des activités réalisées à ce jour de même que l'appréciation des partenaires quant à la pertinence du projet nous laissent croire qu'il serait important de poursuivre et d'intensifier les efforts investis dans le quartier depuis avril 1991, ceci afin de consolider les acquis et d'améliorer les perspectives de transfert et de prise en charge par le milieu. Les objectifs spécifiques que nous nous proposons de poursuivre en rapport avec chacun des volets du plan d'intervention sont :

Poursuivre la stratégie de promotion auprès des pharmaciens du quartier visant la vente et la récupération des seringues et mettre en place le réseau de pharmacies parallèlement à la démarche provinciale du CQCS;

Renforcer et élargir le partenariat (ex: avec le CH Maisonneuve-Rosemont et d'autres organismes communautaires), susciter une plus grande implication des organismes du quartier et favoriser la concertation autour de la problématique SIDA, toxicomanie (DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, p.21-22).

VOLET 4 : Mobilisation du soutien social et développement communautaire

Former des UDI issus du quartier en vue de les impliquer comme agents multiplicateurs du projet dans le milieu;

Créer ou supporter des groupes d'entraide (groupes de pairs UDI) en vue d'établir un environnement favorable à la modification des comportements à risque et à l'introduction de normes d'injection sécuritaires dans les lieux de consommation ("non-sharing shootings");

Poursuivre les démarches de collaboration avec les organismes du quartier dans une perspective de transfert des activités (ex: travail de rue) et de prise en charge par le milieu; au-delà de cette période de transition, le DSC-MR pourra assumer un rôle de soutien à la coordination, à la formation et à l'évaluation (DSC Maisonneuve-Rosemont, 1992, p.22).

Les stratégies d'intervention privilégiées pour rejoindre la clientèle UDI et réaliser les activités prévues sont le travail de rue et l'action communautaire. Deux intervenantes ont eu pour mission de s'intégrer au milieu UDI et de livrer un éventail de services de prévention primaire. L'action communautaire, quant à elle, vise à mobiliser les ressources de la communauté en vue d'offrir les services de soutien aux personnes toxicomanes et de favoriser leur réinsertion sociale. A cet effet, la responsable du programme s'est jointe à une table de concertation sur les toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Il s'est agi aussi d'impliquer des personnes influentes issues du milieu UDI afin d'y instituer des normes de comportements plus sécuritaires.

L'ensemble de ces mesures vise à créer un environnement social plus favorable à la réduction des risques individuels liés à la transmission du VIH (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.2).

On s'entend d'autre part sur l'opportunité de travailler en réseau pour mieux assurer la continuité des soins aux personnes toxicomanes. Davantage sensibilisés aux besoins spécifiques de cette clientèle, les milieux communautaire et institutionnel ont recours à l'expertise développée par les intervenantes de PIC-ATOUTS. Une trentaine d'intervenants ont aussi participé à une journée de formation en sida-toxicomanie organisée par la responsable du programme. Mais, au delà des attitudes à l'endroit de ces clients, il reste à développer les habiletés d'intervention, à ajuster les cadres de fonctionnement et à affecter les ressources nécessaires (Beauchemin, J. *et al.*, 1994, p.8).

